

ESSAI
SUR LE
TRAITEMENT ANTISEPTIQUE
DES
ABCÈS PAR CONGESTION
D'ORIGINE VERTÉBRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 11 AOÛT 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par **Edmond BRALLET**

du Thillot (*Vosges*).

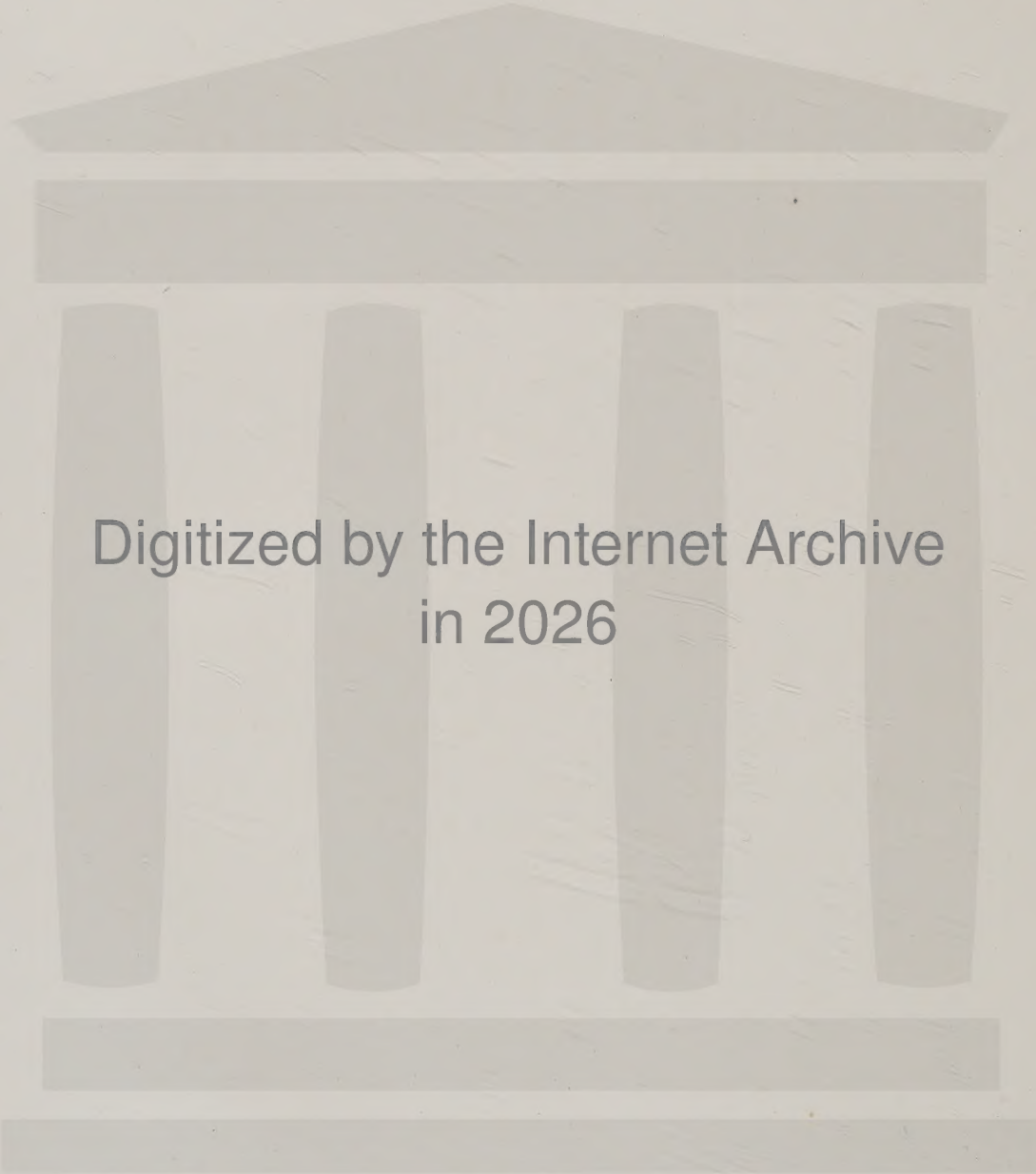


NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0045

ESSAI
SUR LE
TRAITEMENT ANTISEPTIQUE
DES
ABCÈS PAR CONGESTION
D'ORIGINE VERTÉBRALE

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
Et soutenue publiquement
LE SAMEDI 11 AOUT 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Par Edmond BRALLET
du Thillot (Vosges).



NANCY
IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN
Rue du Crosne, 5

—
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES *

Doyen honoraire : M. STOLTZ C *

Professeurs honoraires : MM. BACH *, CAILLIOT *, STOLTZ C *, SIMONIN *.

Médecine légale.....	M. TOURDES, professeur	
Thérapeutique.....	M. COZE *, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL *, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT *, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT *, profess.	MM. ROUSSEL * et E. PARISOT, prof. adj.
Pathologie générale et Pathologie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE *, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, professeur.	
Anatomie et Physiologie pathologiques.....	M. FELTZ *, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie générale, descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N...., professeur.	
Clinique externe.....	M. N...., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, président ; MM. V. PARISOT, BÉCHET, A. HERRGOTT.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

TÉMOIGNAGE DE MA VIVE AFFECTION ET DE MA
PROFONDE RECONNAISSANCE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon président de thèse,

M. LE PROFESSEUR GROSS

HOMMAGE RESPECTUEUX

A mon maître de clinique médicale,

M. LE PROFESSEUR V. PARISOT

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE LA VIVE GRATITUDE
D'UN DE SES ANCIENS EXTERNES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WEISS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le traitement des abcès par congestion est entré dans une voie nouvelle. Les chirurgiens, qui de tout temps, et non sans raison, avaient montré une grande réserve à l'égard de ces abcès, sont devenus, à l'époque actuelle, plus hardis et plus entreprenants. Lister devait être conduit nécessairement à appliquer sa méthode au traitement des abcès ossifluents. Après lui, d'autres chirurgiens, se basant sur les données les plus récentes de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, modifièrent son procédé ; on ne craignit plus d'inciser largement, ni d'extirper, en totalité ou en partie, les parois de la poche purulente, ni même de ruginer les foyers osseux ; et l'on n'eut plus à redouter les accidents si graves qui faisaient le désespoir des anciens chirurgiens et étaient la conséquence fatale de l'introduction de l'air dans la cavité de ces abcès.

Pendant que nous suivions la clinique de M. le professeur agrégé Weiss, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'abcès par congestion, traités par la méthode antiseptique ; sur les conseils de notre maître, nous avons choisi cette méthode de traitement comme sujet de notre travail inaugural.

Notre but n'est pas de faire ici l'histoire des divers traitements en usage avant Lister ; cela nous conduirait beaucoup trop loin. Nous nous proposons seulement d'étudier les différents procédés de la méthode antiseptique, d'observer les

résultats obtenus, et d'établir les indications du traitement qui nous sembleront découler de nos recherches.

Notre travail comporte cinq chapitres :

Dans le premier, nous rappellerons brièvement les données d'anatomie et de physiologie pathologiques, que nous croyons nécessaires pour les indications opératoires.

Dans le second, nous étudierons les différents procédés de la méthode antiseptique.

Nous relaterons, dans le troisième, les observations se rapportant à notre sujet que nous avons pu recueillir ; et nous exposerons les réflexions qui nous sembleront dériver des faits.

Dans un quatrième chapitre, nous rechercherons les indications du traitement.

Enfin, dans le cinquième, nous établirons nos conclusions.

Mais, avant d'entrer en matière, nous sommes heureux d'exprimer à M. le professeur Gross notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et pour les précieux conseils qu'il nous a prodigués. Qu'il nous soit permis également de témoigner notre profonde gratitude à M. le professeur agrégé Weiss, qui a bien voulu nous diriger dans nos recherches.

Nous adressons, enfin, nos sincères remerciements à M. le docteur J. Boeckel, de Strasbourg, à M. le docteur Ganzinotty, à M. Croux, interne des hôpitaux, auxquels nous devons plusieurs observations, et à notre ami le docteur Kœhler, qui a mis si obligeamment à notre disposition sa connaissance de la langue anglaise.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie et physiologie pathologiques.

Sans entrer dans de grands détails, nous rappellerons tout d'abord quelques notions sommaires sur l'anatomie et la physiologie pathologiques des abcès par congestion d'origine vertébrale, en raison des indications opératoires qui en découlent.

On appelle *abcès par congestion* des abcès qui apparaissent plus ou moins loin du lieu où s'est formé le pus, et où existe la maladie qui a été l'occasion de la suppuration (1). Ces abcès diffèrent de ceux connus sous le nom d'*abcès froids*, en ce qu'ils sont toujours le résultat d'une lésion du squelette; lésion qui est la source première, sinon principale, du pus renfermé dans la poche de la tumeur ossifiante.

L'abcès par congestion est, dans la plupart des cas, symptomatique d'une inflammation du périoste ou du tissu osseux proprement dit; inflammation tantôt légère et superficielle, tantôt profonde et déterminant alors la nécrose, la carie osseuse. Une arthrite, et plus spécialement la tumeur blanche intervertébrale, peut encore engendrer cette variété d'abcès. On comprend facilement que la gravité de l'abcès par conges-

(1) *Dict. encyclop.*, t. I.

tion soit en raison de la gravité même du mal primitif. Une périostite, une ostéo-périostite, une ostéite qui attaquent les os d'un scrofuleux ou d'un rhumatisant seront plus dangereuses que les mêmes lésions chez un individu non soumis à l'influence de ces diathèses. L'étendue de la maladie vient ensuite aggraver le pronostic, qui sera en outre modifié par la connaissance du siège de l'abcès et du volume de la collection purulente. Les phénomènes de voisinage, compressions vasculaires ou nerveuses, irritation des tissus directement en rapport avec la poche, doivent également être pris en considération. Enfin, une suppuration abondante épuise le malade et le place dans de mauvaises conditions générales pour la guérison à venir.

La tuberculisation des os, qui ne serait pas différente de l'ostéite chronique des scrofuleux (C. Nélaton), est un cas particulièrement grave. Quant aux abcès par congestion entretenus par des séquestres, nous devons simplement les considérer comme les symptômes d'un état inflammatoire d'un os en voie de réparation, et alors, en tenant compte de la nature du mal, de son étendue et de son siège, en induire l'issue probable.

Depuis les beaux travaux de Brissaud et Josias (1), depuis surtout les recherches de M. Lannelongue (2), l'étude des abcès ossifluents a fait de grands progrès, et les nouvelles connaissances que l'on a acquises à ce sujet ont également modifié leur traitement.

Le trajet des abcès par congestion offre une longueur variable ; il est en général mince, étroit, tortueux, présente des

(1) *Gaz. hebdomadaire*, 1881.

(2) Lannelongue, *Abscès froids et tuberculose osseuse*.

renflements et des points rétrécis; il est limité, ainsi que la poche, par une paroi formée de cellules embryonnaires qui envahissent les tissus ambiants, et, de préférence le tissu conjonctif dans les régions où celui-ci abonde. La poche est plus ou moins volumineuse, le plus souvent unique, elle peut être double et siéger bien loin de l'altération osseuse qui lui a donné naissance. La membrane limitante de la collection purulente n'est pas une barrière inerte formée par l'enchevêtrement des lames conjonctives tassées par la pression excentrique du pus, le tissu qui la compose est en réalité un néoplasme, une sorte de tumeur dont l'évolution régressive donne naissance à un liquide puriforme (1). La paroi de la poche, comme celle des trajets est constituée presque toujours exclusivement par des éléments cellulaires embryonnaires, formant une couche continue qui n'est interrompue que par quelques foyers hémorrhagiques, de gros vaisseaux capillaires embryonnaires, et par des amas caséeux (2). Cette paroi est d'inégale épaisseur, et si l'on examine attentivement sa face libre, on y remarque des débris de cellules, des amas de fibrine, des noyaux granuleux, tandis qu'au contraire, la face qui adhère aux tissus environnants est presque exclusivement composée de cellules embryonnaires, et de petits tubercules à divers degrés de leur évolution, et disséminés irrégulièrement. Cette paroi existe constamment; quant au contenu de l'abcès, il a une double origine, l'os affecté, et la paroi elle-même (Lannelongue); mais il est assez difficile de savoir dans quelles proportions chacune de sources intervient; nous n'entrerons pas dans la discussion des faits militant en faveur de l'une ou de l'au-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1881.

(2) Lannelongue, loc. cit.

tre origine, nous nous contenterons d'établir que le contenu est formé généralement par du pus séreux, tenant en suspension des flocons blanchâtres mélangés de fibrine, et dans lequel on trouve des débris osseux pulvérulents, de la matière tuberculeuse, et même des détritits provenant de la destruction des tissus environnants. En résumé, l'os est malade, les fongosités qui en partent se développent au sein des parties voisines qu'elles envahissent et étouffent ; les liquides émanant de l'os, qu'ils aient précédé ou suivi l'apparition de ces fongosités, se trouvent contenus dans leur substance, et vont former un abcès que l'on appelle symptomatique, ou selon l'expression plus exacte de Gerdy, ossifluent. Cet abcès restera sessile, c'est-à-dire qu'il poursuivra toutes les étapes de son développement sur la place qui l'a vu naître, ou bien il se développera démesurément, et apparaîtra loin de son origine sous le nom d'abcès par congestion (1).

En effet, ainsi que nous l'avons dit, la suppuration provenant à la fois de l'altération osseuse et de la paroi de l'abcès ne cesse pas, de jour en jour il y a production d'une nouvelle quantité de pus ; aussi, en même temps qu'a lieu l'envahissement des tissus, leur infiltration par ces masses tuberculeuses, la pression excentrique du liquide pathologique, les différents mouvements du tronc, la station verticale, l'action toute mécanique de la pesanteur contribuent, quoique secondairement, à l'accroissement des abcès par congestion.

Quoiqu'il en soit du mode d'extension des abcès ossifluents, si la lésion atteint les vertèbres de la région cervicale, la collection purulente qui en dépend ne s'éloigne pas beaucoup de son lieu d'origine, c'est ainsi qu'elle peut apparaître soit sur

(1) Lannelongue, loc. cit.

la paroi postérieure du pharynx, quelquefois, mais plus rarement le pus peut filer entre les scalènes, suivre le plexus brachial, et s'accumuler dans l'aisselle ou au niveau de la partie supérieure de la clavicule, il peut également filer dans les interstices des muscles qui, partant des apophyses transverses cervicales, se dirigent sur un autre point du rachis ou sur les côtes ; enfin, né sur les côtés de la portion cervicale du rachis, il peut, ainsi que l'ont démontré MM. Paulet et Sarazin, en suivant la face profonde du muscle angulaire, passer au-dessous de l'omoplate, puis franchir le bord inférieur du rhomboïde, et venir proéminer sous la peau de la région-dorsolombaire.

Si l'altération a pour siège les vertèbres dorsales (1), le pus prend des directions différentes ; il glisse dans le médiastin postérieur, et suivant l'aorte, il passe dans la cavité abdominale et continue sa marche, accolé aux iliaques externes, franchissant avec elles le canal crural pour se montrer à la partie supérieure de la cuisse ; ou bien, suivant l'iliaque interne et ses branches, il se dégage dans la fosse iliaque externe sous le muscle grand fessier. L'autre tracé est représenté par le trajet même des nerfs et des artères intercostales, les abcès se collectionnent les uns sous le sternum, les autres deviennent sous-cutanés.

En dernier lieu, le pus qui provient d'une vertèbre lombaire malade formera des abcès que l'on doit diviser en antérieurs et postérieurs (Tillaux), suivant qu'ils se portent vers la cavité abdominale du côté du péritoine, ou qu'ils se dirigent vers la peau. Or, tout abcès qui a pris naissance en avant du feuillet aponévrotique du transverse, c'est-à-dire au niveau des corps

(1) *Dict. Encycl. art. Rachis.*

vertébraux se dirige vers la cavité abdominale, ceux qui naissent en arrière à la suite d'une carie des lames vertébrales ou des apophyses épineuses, viennent faire saillie à la peau. Si l'abcès suit la gaine du psoas, il apparaît d'abord à la partie supérieure et externe de la cuisse pour se continuer en dedans jusqu'au petit trochanter. Si la capsule de ce muscle communique avec l'articulation coxo-fémorale, le pus peut pendant son cours fuser dans cette cavité. De la région lombaire proviennent également les abcès qui suivent parfois le trajet du nerf abdominal supérieur (Michel); ceux-ci font relief à la hauteur de la crête iliaque, et se continuent dans le canal inguinal.

Mais outre cette direction générale des abcès par congestion d'après leur point de départ dans l'une des trois régions : cervicale, dorsale, lombaire de la colonne vertébrale, le pus peut occuper une situation différente, suivant la partie elle-même de la vertèbre où siège la lésion osseuse.

Quand la maladie a débuté par le corps d'une vertèbre, le pus occupera tout d'abord l'espace compris entre l'os d'une part, et les parties molles environnantes d'autre part; mais, en avant, la résistance du grand ligament antérieur, et en arrière les apophyses transverses et les lames fibreuses qui les rattachent l'une à l'autre, lui forment un obstacle qu'il ne peut franchir, et le forcent à gagner les parties latérales de la vertèbre d'un côté ou des deux côtés quelquefois; dans ce cas, sa marche vers les téguments sera arrêtée, en outre, par l'épaisseur de la paroi postérieure du tronc, il n'aura donc plus qu'à suivre une des directions indiquées précédemment, ou bien ce ne sera que par un trajet parfois très sinueux qu'il se fera jour vers cette paroi postérieure, dans une région variable, suivant la situation de la vertèbre atteinte.

D'un autre côté, si l'apophyse épineuse, ou l'arc, ou même

l'apophyse transverse d'une vertèbre est malade, le pus alors suivra une direction plus ou moins horizontale, et viendra se collecter à peu près au même niveau que la lésion ; de là, des indications variées que nous mettrons à profit.

Telles sont les directions générales que suit habituellement le pus dans les divers cas que nous venons d'exposer ; en résumé, les régions où se remarquent le plus souvent les abcès par congestion, sont : 1° la partie supéro-interne de la cuisse, au niveau de l'insertion du psoas sur le petit trochanter ; 2° la face antérieure de la cuisse, suivant la direction des vaisseaux fémoraux ; 3° le bord inférieur du muscle grand fessier sur le trajet du nerf sciatique ; 4° la paroi abdominale antérieure vers l'épine iliaque antéro-supérieure, au-dessus de l'arcade de Fallope ; 5° la région périnéale ; 6° la paroi postérieure du tronc ; 7° le creux axillaire.

Après ces notions sommaires, indispensables pour comprendre la nécessité d'employer un procédé plutôt que l'autre, suivant le cas, nous allons indiquer les différents procédés de la méthode antiseptique.



CHAPITRE II

Anciens procédés de traitement.

Nous ne prétendons pas faire ici l'histoire des anciennes méthodes de traitement des abcès par congestion, nous ne ferions que répéter ce que d'autres plus autorisés que nous ont déjà dit ; aussi nous bornerons nous à considérer deux grandes époques, dans l'histoire de ce traitement : la première, antérieure à Lister ; la seconde datant de ce chirurgien.

En quelques mots, rappelons quelles étaient les anciennes méthodes. Il y avait : la méthode par absorption, et la méthode par évacuation.

1° Le chirurgien doit chercher par tous les moyens possibles à diminuer la production du pus, et à activer sa résorption ; pour cela le traitement général est d'une importance capitale, les toniques, l'huile de foie de morue, les bains de mer etc. etc. ; Pott comme moyen local employait les cautères, Larrey préconisait les moxas, enfin on se servait aussi de douches salines et de vésicatoires.

2° Quant à l'évacuation, les chirurgiens sont divisés en deux camps : les uns temporisent parce qu'ils redoutent les suites de l'opération si souvent funestes, et espèrent voir le pus être résorbé ; les autres sont partisans de l'intervention hâtive. Quoi qu'il en soit, il s'agit de donner issue au pus ; Lisfranc

incisait largement les téguments, et appliquait sur le trajet du foyer 20 à 30 sangsues ; Larrey essayait tout d'abord les révulsifs et en cas d'échec, il faisait une ouverture oblique avec un couteau rougi à blanc ; Boyer préconisait les ponctions successives, J. Guérin la ponction oblique avec un trocart spécial, enfin, Abeille et Boinet, les injections iodées (1).

Nous ne nous permettrons pas de juger ces différentes méthodes. Evidemment, elles ont des avantages, la guérison spontanée est possible, surtout chez les enfants et les adultes, ainsi que l'attestent les faits de David de Rouen, d'Abernethy, de Dupuytren, de Larrey, de Bouvier (2) ; mais qu'est-ce comme valeur thérapeutique que ce peu d'exemples en comparaison du nombre considérable d'abcès ossifluents près desquels la nature est impuissante ; de plus la ponction directe permet l'accès de l'air dans le foyer, et l'issue continuelle du pus, de sorte que la petite plaie ne pouvant se réunir immédiatement s'enflamme et devient fistuleuse, circonstance fâcheuse qui expose aux accidents qu'on voulait éviter ; la méthode des ponctions successives compte encore des défenseurs, et il n'y pas bien longtemps, à l'occasion du travail de M. le professeur agrégé Weiss (3), nos maîtres, MM. les professeurs Hergott et Gross ont cité des exemples de malades guéris par les ponctions successives ; mais en général le pus se reproduit très-rapidement, et après plusieurs ponctions on voit une des ouvertures s'enflammer, s'ulcérer et l'abcès communique alors avec l'extérieur, déterminant ainsi les accidents si redoutés de l'infection putride. La multiplicité des moyens, l'absence de traitement réellement efficace,

(1) *Dict. encycl.*, t. I.

(2) *Idem.*

(3) *Ouverture antiseptique des abcès par congestion.*

avaient amené chez les chirurgiens une sorte de découragement, quand Lister appliqua sa méthode à l'ouverture des abcès par congestion. Après lui d'autres chirurgiens modifièrent sa manière de faire ; nous allons exposer successivement les différents procédés de la méthode antiseptique usités actuellement :

Incision simple.

(Procédé de Lister.)

Dans les abcès par congestion, Lister use du procédé suivant : il trempe un petit linge carré dans une solution composée d'une partie d'acide phénique cristallisé pour quatre parties d'huile de lin et l'étend sur la peau à l'endroit où doit se faire l'incision. Soulevant le bord le plus déclive du linge, il plonge dans la cavité de l'abcès un scalpel ou un bistouri préalablement trempé dans l'huile phéniquée et pratique une ouverture longue de $3\frac{1}{4}$ de pouce environ.

Au moment où il retire le couteau, il rabat le tissu huilé comme un rideau antiseptique sous lequel le pus s'écoule. On comprime alors l'abcès de manière à en chasser le pus le plus complètement possible et, s'il y a suintement considérable de sang, ou si l'ouverture traverse une épaisseur notable de tissus, on introduit dans le trajet une mèche de lint trempé dans l'huile antiseptique pour arrêter l'écoulement du sang et prévenir la réunion primaire. Puis on applique le pansement composé d'huile phéniquée et de craie ordinaire, qui n'est autre que les mastic des vitriers additionné d'acide phénique. Cette pâte est étendue sur une plaque d'étain battu et appliquée sur la peau de façon que le centre de la plaque d'étain corresponde à l'ouverture de l'abcès (1). Plus tard,

(1) Œuvres de Lister. Traduct. Borginon. 1882

Lister modifia son procédé, et d'autres chirurgiens adoptèrent sa manière de faire, voici en quelques mots cette méthode : incision simple, peu étendue, laissant écouler la totalité du pus, introduction dans la cavité de l'abcès d'un tube à drainage aussi volumineux que possible, puis application du pansement composé de gaze phéniquée et de makintosh, le tout maintenu par un bandage roulé, sans injection de liquide dans la poche, et sans raclage des parois.

L'opération est pratiquée au milieu du brouillard phéniqué. Le protective n'est usité qu'à partir du second jour (l'action irritante de l'acide phénique ne se produisant qu'avec le temps). Tant que l'écoulement des liquides par la plaie est abondant, il faut renouveler le pansement chaque vingt-quatre heures ; mais la suppuration diminue rapidement, aussi il n'est bientôt plus nécessaire de le changer que chaque semaine en moyenne. Au bout de peu de temps, il ne reste plus qu'un petit trajet fistuleux, néanmoins les pansements hebdomadaires doivent être continués jusqu'à ce que l'orifice de ce trajet soit complètement fermé. Il ne faut jamais, d'après Lister, même si la suppuration est presque nulle, et la douleur très-légère, tenter de supprimer la méthode antiseptique, ou essayer de remplacer l'acide phénique par l'acide borique. Pendant toute la durée du traitement, le malade doit absolument resté couché, et depuis le début, jusqu'à la fin, une surveillance minutieuse et absolue est de rigueur.

Il faut remarquer que les abcès siégeant à la fois dans la fosse iliaque et au niveau du petit trochanter, doivent être ouverts à la partie supérieure et interne de la cuisse (1) ; mais pour éviter le voisinage de l'anوس et maintenir ultérieure-

(1) *Cheyne Antiseptic Surgery*, 1882.

ment le pansement dans un état de propreté suffisant, il est préférable de les ouvrir au-dessus du ligament de Poupart, par une incision pratiquée comme pour la ligature de l'artère iliaque externe.

Incision avec curage.

(Procédés de Volkmann et J. Bœckel.)

Après Lister, Volkmann qui propagea en Allemagne les idées du chirurgien anglais, préconisa l'ouverture antiseptique des abcès par congestion. Déjà en 1875 (1), il affirme que, fréquemment, mais non dans tous les cas, il a pu obtenir, dans des abcès par congestion et des abcès froids largement ouverts, une sorte de réunion par première intention, c'est-à-dire une adhésion rapide, complète et durable des parois de l'abcès, et cela, grâce à un pansement compressif qui mettait en contact intime les parois de l'abcès. Déjà à cette époque, le nombre des succès est considérable.

En 1879 (2), dans un mémoire intitulé : *Caractères et signification des arthrites fongueuses*, Volkmann indique sa manière de procéder : il ouvre les abcès ossifluents par la méthode antiseptique ; une large incision est pratiquée dans la tumeur, de façon qu'il ne reste plus ni cul-de-sac, ni anfractuosités, puis il écarte les parois de la poche pour enlever la membrane granuleuse qui en tapisse l'intérieur ; cette membrane, dans les abcès volumineux, adhère si lâchement, qu'elle se détache par la simple injection d'un liquide antiseptique dans la cavité, et on l'extirpe très-facilement avec la cuiller tranchante ; au-dessous, se trouvent les tissus sains, ordinairement un peu indurés.

(1) *Beitrag zur chirurgie*, p. 20, Leipzig 1875.

(2) *Collection des leçons cliniques de Volkmann*, 18 juin 1879,

Koenig (1) s'exprime ainsi : on peut ouvrir les abcès par congestion, et les convertir en un trajet fistuleux suppurant le moins possible, et s'oblitérant quelquefois complètement. Si le foyer tuberculeux dont ils partent se trouve dans un corps vertébral, il est en général inaccessible à la cuiller tranchante ou à la gouge. Mais si ce foyer, source du pus, est plus superficiel, on agit différemment. Après désinfection rigoureuse du champ opératoire, le chirurgien ouvre d'abord la partie inférieure de l'abcès, ensuite il enlève la membrane pyogénique tuberculeuse avec les doigts et les ongles, ou par frottement à l'aide d'une éponge phéniquée ou d'un tampon de gaze phéniquée, et dans les points où les membranes adhèrent fortement, par raclage au moyen de la cuiller tranchante. Il arrive sur l'os malade, alors il agrandit assez l'incision pour bien voir et enlève le foyer tuberculeux et les tissus circonvoisins avec la cuiller tranchante, le ciseau et le maillet. On enlève de même radicalement le revêtement tuberculeux de l'abcès des parties molles. Après cela, on lave encore une fois à fond tout le champ opératoire, et on recherche si l'on n'a pas omis quelque foyer des parties molles et des os. On ferme ensuite par la suture les grandes incisions faites, et on place un certain nombre de drains courts ; on hâte la guérison en frottant avec de l'iodoforme toute la face interne de l'abcès avant d'appliquer les sutures. Koenig va plus loin, en cas de probabilité d'un foyer, il n'attend pas la formation d'un abcès. Il le recherche le plus tôt possible, afin d'intervenir de bonne heure pour l'enlever.

M. Boeckel (2) de Strasbourg développe ainsi sa manière de

(1) *Revue de chirurgie*, n° 3, 1883.

(2) *Chirurgie antiseptique*, p. 455.

procéder quand il s'agit d'abcès par congestion provenant des vertèbres :

« Je crois nécessaire de faire des incisions très étendues, afin de bien explorer la cavité de l'abcès. Celui-ci a-t-il fusé jusqu'à la cuisse, il faut, après avoir fendu la poche, l'extirper aussi loin que possible, et dans ce but, faire une large incision au-dessus du ligament de Poupart. Ce débridement me paraît de toute nécessité pour bien désinfecter le foyer, voire même le gratter avec la cuiller tranchante, comme je l'ai fait un certain nombre de fois. Lorsqu'il existe des prolongements en arrière, dans la région lombaire, il faut y faire une contre-ouverture large et enlever la poche aussi haut que possible. Il n'est pas rare de rencontrer des esquilles plus ou moins volumineuses et détachées, flottant dans l'abdomen ; or, l'extraction ne peut s'en faire, suivant moi, que lorsque les ouvertures sont assez larges pour y introduire 2 ou 3 doigts. C'est un détail que je crois très important, aussi ne saurai-je trop insister. Ces contre-ouvertures ont en outre un autre avantage. Elles facilitent l'écoulement des liquides, qui est toujours très abondant, et permettent de faire le drainage avec une grande sécurité. L'écoulement des liquides, et l'élimination des tissus cautérisés étant facilités par ce procédé, il s'ensuit que la durée du traitement se trouve abrégée, et que les fistules guérissent avec une grande rapidité.

Le pus écoulé, il s'agit, comme je viens de le dire, d'extirper la poche aussi totalement que possible, de gratter avec la cuiller ce qu'on n'a pu enlever et de pratiquer ensuite la désinfection de la plaie. A cet effet, le meilleur moyen, à mon avis, est l'emploi du chlorure de zing (solution au 1/10) dont on imbibe des bouts d'éponges à tige, que l'on promène rapidement sur toute l'étendue du foyer. On peut, sans crainte, à la condition d'aller vite, plonger les éponges dans l'abdomen et nettoyer la

plaie jusque dans ses moindres recoins. On détermine ainsi un travail de modification, amenant la destruction et l'élimination des parties malades, au bout de très peu de jours.

Un lavage avec la solution faible termine ce temps de l'opération ; il a pour but de chasser l'excès de chlorure de zinc et de favoriser la sortie des détritits de tout genre qui remplissent encore la plaie.

La réunion ne me paraît pas devoir être recommandée, en ce qui concerne les incisions de la paroi abdominale ou dorsale ; quant aux débridements inférieurs, il est bon de les réduire par une suture appropriée.

Le drainage devra être pratiqué largement ; à cet effet je crois qu'un gros tube placé d'outre en outre pendant quelques jours, ne peut avoir que des avantages, sans porter préjudice à la marche ultérieure de la plaie. Une fois le trajet bien marqué, on remplacera le tube entier par des bouts de drain courts, placés dans les différentes plaies. L'enlèvement des tubes ne devra pas se faire trop tôt ; mieux vaudra les laisser un peu plus longtemps que d'habitude et ne les retirer que lorsque la suppuration aura diminué. »

M. le professeur Tripier de Lyon (1), a inspiré un travail où il indique son procédé.

Voici comment il agit :

Il pratique de larges incisions permettant d'explorer la poche dans tous les sens, opère le raclage des parois, et par des lavages prolongés, avec une solution phéniquée à 3 pour 100, il enlève tout ce qui pourrait rester dans l'abcès ; enfin, il suture les incisions en laissant seulement les ouvertures nécessaires pour le passage des drains ; le tout, avec la propreté minutieuse recommandée par Lister.

(1) *Gaz. hebdomad.*, n° 35, 1882.

La règle à observer, d'après lui, dans les incisions est celle-ci : une première et large ouverture correspondant au point probable d'origine de l'abcès ; une ou plusieurs autres dans les points les plus déclives, pour se mettre à l'abri de toute cause de rétention. De plus, l'incision verticale, faite suivant la direction des muscles, est préférable à l'incision transversale, car on blesse moins de vaisseaux, on ouvre seulement la région malade ; et, si on prolonge cette incision verticale, on peut agir au moins aussi facilement soit en profondeur, soit d'un côté à l'autre, soit dans le sens de la largeur.

Augagneur (1) étudiant les abcès par congestion, les divise en : abcès complètement accessibles et incomplètement accessibles, et il indique les modifications qu'il faudra apporter à la méthode de traitement dans l'un ou l'autre cas.

Les premiers sont justiciables des ouvertures multiples, du raclage des parois et des foyers osseux, des injections antiseptiques à l'intérieur de la cavité.

Mais si l'abcès est profondément caché dans l'abdomen, s'il n'est accessible que par une de ses extrémités, ou bien si le malade ne peut supporter la chloroformisation, il faudra se borner au précédé de Lister, c'est-à-dire pratiquer une seule incision, laisser écouler le pus, ne rien injecter dans la poche, introduire un drain dans l'unique orifice.

Nous venons d'indiquer avec assez de détails les divers procédés propres aux différents auteurs que nous avons cités. Nous pouvons maintenant passer à l'exposition des faits que

(1) *Gaz. hebdomad.*, n° 35, 1882.

nous avons recueillis dans les ouvrages qui traitent de la question, ou que l'on nous a communiqués, ou qu'enfin il nous a été possible d'observer nous-mêmes. Nous verrons ensuite quelles conclusions il nous paraît logique d'en tirer, pour établir la base du traitement que nous étudions.

CHAPITRE III

Résultats obtenus.

Lister, dans un travail publié par Cheyne (1), rapporte les cas suivants d'abcès dus à une altération vertébrale, traités par la méthode antiseptique :

1. — Jane T..., 38 ans. Large abcès du psoas formant une tumeur faisant saillie dans la cuisse, et s'étendant en haut dans l'abdomen. La malade remarqua cette tumeur il y a six mois ; douleur dans le dos, etc.

Opération le 21 décembre 1871. Ouverture de l'abcès de la cuisse ; écoulement de 1200 grammes de pus. Tube à drainage. Résultat : Septicémie.

2. — Donald T..., 24 ans. Abcès lombaire. Le malade éprouve des douleurs dans le dos depuis 2 ans et demi.

Ouverture de l'abcès le 19 février 1872 ; écoulement de 300 grammes de pus. Tube à drainage. Résultat : Guérison. Sortie en février 1873.

3. — Thomas G..., 5 ans. Abcès du psoas provenant d'une carie vertébrale avancée ; un abcès lombaire est apparu plus tard.

Ouverture de l'abcès le 2 avril 1872 (l'abcès lombaire avait été ouvert en décembre). Tube à drainage. Résultat inconnu, probablement guérison.

(1) Cheyne, *Antiseptic Surgery*, 1882.

4. — William L . . , 45 ans. Abscès lombaire, courbure de la colonne vertébrale, etc.

Ouverture de l'abcès en avril 1872. Tube à drainage. Sortie le 3 avril 1873. Résultat : Guérison.

5. — Thomas M . . , 62 ans. Abscès lombaire. 3 mois avant son admission, le malade portait déjà cette grosseur. Pas de courbure du rachis, mais douleur très-vive à la pression dans la région lombaire.

Ouverture de l'abcès le 4 juillet 1872. Mort le 2 avril 1873, pour une cause indépendante de l'abcès lombaire.

6. — Peter L . . , 35 ans. Abscès du psoas avec courbure marquée de la colonne vertébrale vers la région dorsale inférieure. Abscès faisant saillie dans la cuisse. La maladie durait depuis 9 ans, le patient souffrait beaucoup, il était très-faible et très-amaigri.

Ouverture de l'abcès en septembre 1872. Sortie le 21 octobre 1873. Résultat : Guérison.

7. — T. H . . , 9 ans. Trois abscès lombaires. Courbure du rachis dans la région dorsale. Malade affaibli et amaigri.

Ouverture de l'abcès en février 1873. Sortie le 8 mars 1873. Résultat : en bonne voie de guérison.

8. — Hélène T . . , 24 ans. Abscès du psoas qui était arrivé dans la cuisse. La malade avait éprouvé de vagues douleurs dans le dos six mois enparavant. Il y a 3 mois, elle a remarqué sa tumeur à la cuisse.

Ouverture de l'abcès le 7 mai 1873. Sortie le 22 décembre 1873. Résultat : Guérison.

9. — Donald R . . , 26 ans. Abscès du psoas venant faire saillie à la cuisse. Courbure du rachis dans la région lombaire inférieure.

Ouverture 2 juin 1873. Incision au-dessus du ligament de

Poupart. Tube à drainage. 800 grammes de pus. Sortie le 23 janvier 1874. Résultat : Guérison.

10. — Jane R..., 27 ans. La malade avait été admise en juin 1873, sous la rubrique suppuration de la gaine des tendons fléchisseurs de la main, suite de l'incision dans une bourse séreuse de ce tendon, incision qui n'avait pas été faite par la méthode antiseptique. Le 2 juillet, abcès du psoas situé dans la fosse iliaque droite. La malade éprouvait depuis un an des douleurs dans le dos, et seulement depuis quelque temps l'abdomen était très-sensible.

Ouverture de l'abcès le 2 juillet 1873. Incision au-dessus du ligament de Poupart.

Ecoulement de 600 grammes de pus renfermant des fragments osseux. Tube à drainage. Sortie le 2 février 1876. Résultat : Guérison.

11. — Anne Mck. 22 ans. Abcès lombaire avec courbure très marquée des dernières vertèbres dorsales. Un autre abcès s'est formé plus tard.

Ouverture le 21 août 1873. Tube à drainage. 300 grammes de pus. Sortie au printemps 1875. Résultat : Guérison.

12. — W..., abcès du psoas venant faire saillie à la cuisse. Courbure de la région lombaire. Douleurs dans le dos. Phthisie avancée.

Ouverture le 2 septembre 1873. Mort occasionnée par la phthisie le 3 février 1874.

13. Elisa M..., 30 ans. Abcès dorsal. Grande sensibilité à la pression sur toutes les vertèbres dorsales, et courbure de la colonne vertébrale, vers le milieu de ces vertèbres.

Malade anémique et faible. Idiote.

Ouverture le 19 février 1874. Tube à drainage. 720 grammes de pus. Sortie le 10 novembre 1874. Résultat : en voie de guérison.

14. — Marguerite M..., 7 ans. Abscess du psoas, courbure angulaire de la région lombaire.

La malade souffrait depuis 6 mois, avant son admission.

Ouverture en juillet 1874. 420 grammes de pus renfermant des esquilles. Tube à drainage. Sortie en janvier 1875. Résultat : guérison.

15. — Marguerite S..., 20 ans. Abscess dorsal. Courbure angulaire de la région dorsale. La maladie a commencé 18 mois avant l'admission. Malade faible, sans appétit. Toux. Hémoptysies.

Ouverture le 3 août 1874. 150 grammes de pus. Tube à drainage. Sortie le 2 septembre 1875. Résultat : Guérison.

16. — Suzanne J..., 12 ans Abscess du psoas. Courbure de la région lombaire.

Ouverture le 17 août 1874. 240 grammes de pus. Pas de tube à drainage. Résultat : Septicémie.

17. — William M..., 6 ans. Abscess du psoas, qui n'avait pas encore passé dans la cuisse. Courbure de la région dorsale inférieure.

Le 14 septembre 1874, ouverture par dissection comme pour la ligature de l'iliaque externe. Tube à drainage. Sorti le 7 novembre 1876. Résultat : Guérison.

18. — William L..., 25 ans. Abscess du psoas. Courbure de la région lombaire.

Le 19 janvier 1875, ouverture comme pour la ligature de l'iliaque externe.

Sortie le 19 juin 1875, avant la guérison complète.

19. — Thomas M..., 15 ans. Abscess lombaire. Le malade avait été admis en mai pour un abscess dû à une carie costale.

Ouverture le 4 juin 1875. On sentit que l'apophyse épineuse d'une vertèbre lombaire était dénudée. Tube à drainage. Résultat : Guérison.

20. — Marie C..., 4 ans. Abscès du psoas avec lésion vertébrale.

Ouverture au-dessus du ligament de Poupart, le 18 novembre 1875. Tube à drainage. Résultat : Septicémie.

21. — Marguerite W..., 24 ans. Abscès du psoas occupant la cuisse. Courbure saillante dans la région lombaire ; l'abcès s'étend autour de la cuisse.

Ouverture le 16 novembre 1875. 1070 gr. de pus renferment des fragments osseux. Mort par épuisement le 17 mars 1877.

22. — Hélène S., 32 ans. Large abcès lombaire. Courbure de la colonne vertébrale.

Ouverture le 14 novembre 1875. Tube à drainage. Résultat : Guérison. Sortie le 3 février 1876.

23. — Jean D..., 18 ans. Abscès du psoas situé dans l'aîne gauche. Courbure de la colonne.

Le malade souffrait depuis un an ; il était dans un état d'affaiblissement et d'amaigrissement extrêmes. Plus tard, un abcès se forma dans la cuisse droite.

Ouverture le 22 mars 1876, au-dessus du ligament de Poupart. Tube à drainage. Sortie en mars 1878. Résultat : Guérison.

24. — Jean D., 24 ans. Abscès du psoas, courbure de la colonne vertébrale dans la région lombaire. Malade très-affaibli. Phthisie avancée.

Ouverture au-dessus du ligament de Poupart, le 4 avril 1876. Mort par suite de sa phthisie, le 2 octobre 1876.

25. — Elisa T..., 19 ans. Entre avec un abcès du psoas, qui n'est pas encore arrivé à la cuisse. Sensibilité extrême au niveau de la région lombaire, courbure de la colonne vertébrale à ce même niveau. Plus tard, un abcès du psoas s'est formé de l'autre côté ; il se forma également un abcès lombaire.

Ouverture au-dessus du ligament de Poupart, le 1^{er} août 1876. Ecoulement de 600 grammes de pus. Tube à drainage. Sortie en juillet 1880. Résultat : Guérison.

26. — Hélène E..., 50 ans. Cette femme était malade depuis un an avant son entrée; elle était très faible et toujours souffrante. Abscess du psoas siégeant à la cuisse.

Ouverture au-dessus du ligament de Poupart, le 16 novembre 1876. Ecoulement de 450 gr. de pus. Tube à drainage. Sortie le 4 septembre 1877. Résultat : Guérison.

27. — Jean R..., 10 ans. Abscess du psoas situé dans la cuisse. Lésion vertébrale. Ouverture le 20 novembre 1876; on passe une sonde au-dessous du ligament de Poupart, l'extrémité de cette sonde buttant contre la peau; on l'incise, la plaie inférieure est suturée, on place un drain dans l'ouverture supérieure. Sortie le 5 août 1877. Résultat : Guérison.

28. — Hugues M. C. L..., 6 ans. Abscess du psoas siégeant à la cuisse gauche. Carie étendue des vertèbres; courbure de la colonne vertébrale à la région dorsale inférieure et à la région lombaire supérieure. Un abscess s'est formé plus tard, du côté opposé.

Ouverture comme pour le précédent, le 29 janvier 1877. Sortie en août 1878. Résultat : Amélioration.

29. — Michel C..., 31 ans. Abscess lombaire à droite. Douleur dans le dos. Il s'est formé un autre abscess lombaire.

Ouverture le 28 janvier 1877. — Tube à drainage. Sortie en mai 1878. Résultat : Guérison.

30. — Jean B..., 25 ans. Abscess du psoas qui n'a pas encore passé dans la cuisse. Le malade a été traité depuis 18 mois pour une lésion vertébrale. Il est très affaibli.

Ouverture au-dessus du ligament de Poupart, le 11 février 1877. Tube à drainage. Sortie en février 1878. Résultat : Guérison.

31. — Jean D..., 29 ans. Abscess du psoas ayant fusé dans la cuisse. La courbure du rachis commençait à la douzième vertèbre dorsale, et la partie la plus proéminente était au niveau de la deuxième lombaire. Malade très émacié et très faible.

Ouverture le 12 octobre 1877. Mort en janvier 1878.

32. — Lucie S..., 22 ans. Large abscess du psoas. Collection de pus dans la région fessière. Courbure des dernières vertèbres dorsales.

Ouverture faite au-dessus de la crête iliaque, écoulement de 6 litres de liquide clair. Le liquide de la fesse est évacué par la même incision. Suture de la plaie. Opération le 28 juillet 1878. Sortie en juin 1879. Résultat : Guérison.

33. — Marie R..., 7 ans. Abscess du psoas n'ayant pas encore atteint la cuisse. Courbure angulaire considérable des dernières dorsales et des premières lombaires.

Ouverture par une incision faite comme pour la ligature de l'iliaque externe, le 11 octobre 1878. Tube à drainage. 420 gr. de pus avec esquilles. Sortie le 17 mai 1879. Résultat : Guérison.

34. — Sarah P..., 21 ans. Abscess du psoas arrivant à la cuisse. Douleur depuis 12 mois, au niveau de la deuxième et de la troisième lombaire.

Ouverture le 5 mai 1879, au-dessus de la crête iliaque vers le milieu ; 1500 gr. de pus épais. Tube à drainage. Résultat : Guérison.

35. — Catherine C..., 15 ans. Courbure de la colonne vertébrale, surtout dans la région lombaire. Abscess du psoas. Douleurs dans le dos.

Ouverture le 6 février 1880, comme pour la ligature de l'iliaque externe ; 250 gr. de pus épais contenant une poussière osseuse. Tube à drainage. Sortie en septembre 1880. Résultat : Guérison.

36. — Henry W..., 24 ans. Le malade est entré avec une affection du pli du coude.

Depuis quelque temps, il éprouve des douleurs dans le dos. Abscess dans la région lombaire gauche.

Ouverture le 20 juin 1879. Tube à drainage. Sortie en juillet 1880. Résultat : en voie de guérison.

37. — Marie P..., 25 ans. Abscess du psoas. Saillie de la première vertèbre lombaire. Vive douleur dans cette région. On ne peut ni toucher, ni mouvoir la malade sans qu'elle crie. Etat général très-fâcheux.

Ouverture de l'abscess le 7 octobre 1880. 720 gr. de pus renfermant des esquilles. Résultat : Guérison.

Nous avons donc 37 cas d'abscess par congestion liés à une altération vertébrale, traités par une incision libre, le drainage au moyen d'un tube, et la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Dans ce nombre, 23 malades ont été certainement guéris ; mais ce ne sont pas là tous les cas de guérison, puisque quelques-uns des malades ont quitté l'hôpital pendant le traitement, et il n'y a pas de raison pour qu'ils ne soient pas rendus à la santé. Il est probable que les nos 3, 7, 18, 36 ont guéri complètement, ce qui donne un total de 27 cures.

Sur ces 37 cas, 4 malades sont morts à l'hôpital, un autre est mort peu après sa sortie, et il est probable que ceux qui furent atteints de septicémie et que l'on fut obligé d'éloigner moururent dans la suite ; il y aurait donc 9 morts sur 37 opérés, proportion un peu trop forte, car l'enfant dont il s'agit au n° 28, était en bonne voie quand on a eu de ses nouvelles, et le n° 16 n'était pas forcément condamné.

Si l'on recherche les causes de la mort, on trouve deux cas de phthisie (12 et 24), un cas de mort par épuisement (21), et où la lésion osseuse était si étendue qu'il n'y avait aucune

chance de guérison. Le n° 5 est mort pour une cause indépendante de l'abcès lombaire. Si donc on se reporte aux résultats obtenus depuis 1875, on voit qu'il y a 73 malades pour 100 certainement guéris, et 80 pour 100 probablement guéris ; et que, dans les cinq années précédentes, il y en a 59 pour 100 certainement guéris, et 72, 7 probablement guéris (1).

D'autres chirurgiens ont rapporté un certain nombre d'observations; il nous a été donné également d'observer quelques malades atteints d'abcès par congestion et traités par la méthode antiseptique; nous allons exposer les faits que nous avons recueillis :

Observation I.

Mal de Pott. Abcès par congestion. Ouverture. Guérison.

M. Vital, 20 ans. Affection remontant à six ans. Douleur légère à la colonne lombaire, pression un peu douloureuse, pas de paraplégie. Abcès volumineux à la face antéro-interne de la cuisse droite. Incision de 10 centimètres au niveau du tiers supérieur de la cuisse. Suture de la plaie, drainage. Pansement de Lister. Guérison après deux mois.

Observation II.

Mal de Pott. Abcès volumineux de la fosse iliaque droite et de l'aine. Ouverture au Lister. Guérison avec fistule.

J. X., 19 ans. Début remontant à trois ans. Gibbosité de la région dorso-lombaire. Incision de quatre centimètres à la face interne de la cuisse faite en mars 1879. Drainage. Pansement de Lister. Sortie fin avril avec une fistule.

Observation III.

Mal de Pott. Abcès par congestion. Guérison.

Louise A, 40 ans. Lésion vertébrale datant de plusieurs années; consécutivement méningite spinale, paraplégie. Abcès

(1) Cheyne, loc. cit.

volumineux à la partie antérieure de la cuisse droite. Deux ouvertures à 15 centimètres de distance. Drainage. Pansement de Lister. Guérison après un moi et demi.

Observation IV.

Mal de Pott. Abscès lombaire. Ouverture. Pansement de Lister.

L. Joseph, 29 ans. La pression au-niveau de la première lombaire est douloureuse. Tumeur à la région lombaire du côté gauche ayant débuté il y a trois ans. Fluctuation. Incision. Raclage avec la curette de Volkmann. Drainage. Pansement de Lister. Après un mois, le malade va beaucoup mieux et demande sa sortie.

Observation V.

Mal de Pott. Trois abcès par congestion. Ouverture et drainage. Guérison.

V. Claude, 20 ans, entré le 16 juillet 1880. Douleur à la région lombaire, à ce niveau pression douloureuse, pas de gibbosité. Tumeur de la face antérieure de la cuisse droite, correspondant avec une tumeur également fluctuante de la fosse iliaque, troisième tumeur en arrière au-niveau de la crête iliaque droite. Incision. Pansement de Lister. Drainage. 30 septembre. Guérison.

Observation VI.

Abscès par congestion de l'aîne. Ouverture. Amélioration rapide.

M. Eugénie, 15 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 24 juin 1880. Abscès de la face antéro-interne de la cuisse droite. Incision. Pansement antiseptique. Le 4 septembre, la plaie est en voie de guérison.

Observation VII.

Abscès par congestion de la région dorso-lombaire. — Ouverture. — Guérison.

B., 40 ans. Douleur dans la région dorsale du côté gauche, tuméfaction de ce côté. Incision de l'abcès. Pansement de Lister. La guérison a eu lieu très-rapidement (1).

(1) Ces 7 observations ont été recueillies dans les hôpitaux de Lyon et publiées par Cl. Brottet dans sa thèse, en 1880.

Observation VIII.

(*Thèse de Toulouse.* Bordeaux 1881.)

Abcès ossifluent de la fosse iliaque gauche. — Incision. — Pansement antiseptique. — Guérison.

Martin Pierre, 23 ans, entre à l'hôpital de Bordeaux le 22 novembre 1880, pour une tumeur de la fosse iliaque gauche. Ponction exploratrice le 24, avec l'appareil Dieulafoy, le pus extrait était jaunâtre, mal lié, un peu grumeleux et assez abondant. Diagnostic : Abcès ossifluent.

Incision de 10 centimètres dans l'abcès qui est en bouton de chemise. L'exploration faite en arrière du psoas avec le stylet donne la sensation d'os dénudé sur les deux dernières vertèbres lombaires. Raclage de la poche avec la curette de Volkmann. Cautérisation de la paroi des os malades avec une solution forte de chlorure de zinc. Pansement de Lister.

Le 21 février 1881, le malade sort de l'hôpital avec un trajet fistuleux. Il n'a plus reparu.

Observation IX.

(*The Lancet.* 1878, p. 199.)

Abcès du psoas. — Traitement antiseptique. — Guérison.

X., âgé de 14 ans, présente depuis longtemps une gibbosité du rachis comprenant les 7 dernières vertèbres dorsales et la première vertèbre lombaire. Il entre à l'hôpital avec un abcès du psoas se dirigeant vers l'aîne gauche.

Après trois ponctions restées sans résultat, il fut envoyé dans la salle Jacob, pour que l'on lui ouvrît son abcès par la méthode antiseptique. A ce moment il présentait une tumeur volumineuse, fluctuante, située au côté interne de la cuisse gauche, immédiatement au-dessous du ligament de Poupert, et présentant toutes les apparences d'un abcès du psoas.

Le 17 août 1877, on lava soigneusement la peau avec une solution d'acide phénique, l'abcès fut ouvert sous le jet du pulvérisateur, et il en sortit une grande quantité de pus, on évacua complètement la poche par la pression et on retira plusieurs esquilles provenant évidemment des vertèbres malades, enfin on introduisit dans la poche un drain de fort calibre et on appliqua le pansement antiseptique ordinaire.

La maladie suivit une marche constante vers la guérison, malgré quelques accidents fébriles qui se produisirent vers le

30 septembre. — Le 17 novembre, le malade quitte l'hôpital et la guérison s'est maintenue.

Observation X (1).

Abcès ossifluent de la cuisse chez un cyphotique. Incision au-dessus du ligament de Poupart. Contre-ouverture à la cuisse. Drainage. Lister. Guérison par première intention. Fistule persistante à l'aine pendant près de 8 mois.

Riehl Laurent, 26 ans, entre le 11 août au n° 8 de la salle 103. Est atteint depuis son enfance d'une cyphose dorsale très-prononcée. Il y a quelques mois, il vit se former à la partie antérieure de la cuisse gauche une tumeur augmentant de volume assez rapidement et déterminant des douleurs. A son entrée à l'hôpital, la tumeur descend jusque vers le milieu de la cuisse, elle est allongée suivant l'axe du membre et présente les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Elle est molle et fluctuante; le flot se propage jusqu'au-dessous du ligament de Poupart. Diagnostic : abcès ossifluent provenant des vertèbres dorsales.

Le 15, ponction avec gros trocart à la partie inférieure de l'abcès. L'écoulement est très imparfait.

Le 18. Température matin 37°6, le soir 38°.

Le 20, on pratique l'ouverture de l'abcès de la manière suivante : Incision de 15 centimètres au-dessus et parallèlement au ligament de Poupart. Ecoulement d'environ 500 à 600 gr. de pus. Contre-ouverture à la partie inférieure de la tumeur sur une étendue de 22 centimètres. Cela fait, on extirpe la poche à la cuisse, la poursuivant jusque au-dessus du ligament de Poupart. A ce niveau, il est impossible d'aller plus loin. Avec la cuiller tranchante, introduite dans la gaine du psoas, on racle la surface intérieure de l'abcès jusqu'au niveau des vertèbres qu'on touche avec l'instrument.

Extraction d'une série de particules osseuses et de débris aponévrotiques grumeleux. Lavage de la cavité avec une solution de chlorure de zinc 1/10, à l'aide d'éponges à tige, introduites dans le ventre et promenées rapidement sur toute la surface à modifier. Lavage avec solution phéniquée faible; deux gros tubes de 2 centimètres de diamètre et longs de 18

(1) Cette observation et les six suivantes sont tirées du livre de M. Boeckel: chirurgie antiseptique.

centimètres sont introduits dans le ventre. Drainage de part en part, allant de la cuisse jusqu'à l'incision supérieure en passant sous le ligament de Fallope. Suture de la plaie inférieure. La plaie supérieure n'est pas réunie. Pansement de Lister. Temp. soir 36°9.

Le 21, le 22, le 23 on fait chaque jour un pansement. Ecoulement séro-sanguinolent très-abondant. Temp. 37°7, soir 38°.

Le 27, écoulement bien moins abondant. Enlèvement des sutures. Suppression de l'un des tubes qui plonge dans l'abdomen. Temp. matin 37°5, soir 37°5.

Le 31. Pansement. Eschare au dos. Un peu de suppuration à la plaie inférieure. Temp. 38°4 le soir.

Le 4 septembre on supprime le drain, [qui va de la cuisse à la plaie supérieure, et on le remplace par deux bouts de tube courts. La réunion de la plaie inférieure est parfaite. Temp. 37°5.

Le 20, suppression définitive du drain supérieur, le malade se lève pour la première fois, le drain de la cuisse est encore laissé en place jusqu'au 25.

Le 30, les plaies, moins le trajet du tube supérieur, sont cicatrisées. Cette dernière plaie reste fistuleuse pendant près de 8 mois. Exeat vers la fin de novembre.

Observation XI.

Hussler, Edmond, 7 ans. Carie lombaire. Commencement de gibbosité. Abscessus par congestion au-dessus de l'arcade de Fallope. Incision de 8 centimètres parallèle à l'arcade, en mai 1876. Contre-ouverture dans la région lombaire. Drainage du foyer. Extraction d'une petite esquille libre provenant d'une vertèbre rugueuse qu'on atteint avec le doigt, porté au fond de la plaie. Lister. Traction sur les membres inférieurs. Contre-extension. Au bout de deux mois la cicatrisation est assez avancée pour permettre l'emploi d'une gouttière de Bonnet. Après six mois, le petit malade est renvoyé dans sa famille. Fistules persistantes. Six semaines après, il est revu, la cicatrisation est presque complète, la gibbosité à peine apparente.

En juin 1878, la plaie inférieure se rouvre spontanément et suppure pendant trois mois. En avril 1882, la guérison est définitive depuis plus d'un an.

Observation XII.

Q. Edmond, six ans, entre à la maison des diaconesses le 2 janvier 1881, pour un mal de Pott des dernières vertèbres

dorsales, datant de deux ans et consécutif à une chute. Immobilisation pendant cinq mois dans un appareil plâtré. Le 10 mai, douleur vive au-dessus de l'aîne gauche. Le 6 juin, M. Boeckel constate la présence d'une collection située au-dessus de l'arcade de Fallope, s'étendant à quatre travers de doigt au-dessus de cette région et proéminent en arrière jusque dans le voisinage de la dernière côte.

Le 11 juin, incision de 8 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, et contre-ouverture de 6 centimètres en arrière, à un travers de doigt au-dessus de la dernière côte. Grattage du foyer. Drainage de part en part après désinfection avec la solution de chlorure de zinc 1/10. Lister. Pas de réunion. Suppuration abondante pendant le premier septénaire. La température oscille entre 38°4 et 39°2.

Pansement quotidien. Le 20 août, suppression des tubes. Eschare au niveau de la gibbosité. Cachexie. Le 4 mars 1882, eschare à peu près guérie, suppuration toujours très-abondante. L'état général s'améliore considérablement.

Observation XIII.

Frantz, J..., 15 ans, entre le 15 novembre 1880, à la maison de santé israélite. Mal de Pott des dernières vertèbres dorsales datant de l'enfance. Le 18 septembre, formation d'un abcès le long du fascia lata du côté gauche. Le 6 novembre, il présente le volume d'une tête de fœtus à terme et s'étend jusque vers le milieu du membre. Le 16, incision de l'abcès sur une étendue de 12 centimètres. Ecoulement de 500 grammes de pus séro-sanguinolent. Extraction de deux séquestres de 3 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur. Grattage de la poche. Vers l'arcade crurale existe une fistule étroite qui fait communiquer la plaie avec la cavité abdominale. Désinfection énergique avec solution forte. Pansement de Lister. Pas de réunion. Vers la fin de janvier guérison de la plaie qui reste fistuleuse pendant quelques mois. En avril, formation d'un abcès au niveau de la gibbosité. Incision et extraction d'un séquestre. Guérison rapide au bout d'un mois. Depuis lors la guérison s'est maintenue.

Observation XIV.

M^{me} M. Rosalie, 28 ans, entre le 10 octobre 1878, au n° 12 de la salle 34. Enorme abcès ossifluent de 36 cent. de longueur, provenant d'une carie dorsale, s'étendant jusqu'à

deux travers de doigt au-dessus du cul-de-sac sous-tricipital du genou et occupant la demi-circonférence antérieure de la cuisse.

Le 15 octobre, ponction de l'abcès à sa partie inférieure. Lavage phéniqué. Temp. du soir, 38°9.

Le 17. Incision de l'abcès de la cuisse en cinq endroits différents ; une sonde œsophagienne introduite dans l'incision supérieure pénètre dans la cavité abdominale à 45 centimètres. Lavage du foyer. Drainage des plaies. Lister. Temp. soir, 40°1.

Mort le 27 de septicémie aiguë. L'abcès mesure près de 1 mètre de longueur.

Observation XV.

Daul Caroline, 50 ans, entre le 20 juillet 1879 au n° 21 de la salle 34. Abcès ossifluent consécutif à une carie lombaire, situé au niveau de la masse des adducteurs. Dimension d'une tête de fœtus à terme. Extirpation de la poche le 29 juillet ; une sonde introduite dans la plaie, remonte sous l'arcade de Fallope dans l'abdomen par un petit pertuis qui n'admet pas l'index. Réunion. Lister. Drain. Désinfection de la plaie. Guérison par première intention presque sans pus en 10 jours. Fistule persistante pendant 3 semaines.

Observation XVI.

Weinling Emma, 9 ans. Abcès froid, gros comme un poing d'adulte au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Le 31 août, dissection de la poche comme une tumeur. Extirpation ; au fond de la plaie, on tombe sur un point de vertèbre (épine) carié, en communication avec l'abcès. Extraction de cette portion d'os avec la gouge et le maillet. Désinfection. Réunion. Tube à drainage court sur le milieu de la ligne de réunion. Lister. Compression. Temp. soir, 37°3.

Le 5 septembre, réunion parfaite sans une goutte de pus. Exeat le 10. La guérison s'est maintenue.

Observation XVII.

(Reclus. *Gaz. hebdomad.* n° 31).

A l'hôpital Trousseau, service de M. Lannelongue, M. Reclus opère un jeune scrofuleux de 14 ans, d'un abcès de la

région dorsale. La tumeur atteignait au moment de l'entrée 13 centimètres sur 7. Le 13 juillet, il pratique deux incisions l'une verticale, l'autre perpendiculaire à la première. Les parois sont grattées avec la spatule jusqu'aux muscles et à l'aponévrose. Les sommets des apophyses épineuses de la 10^e et de la 11^e vertèbre dorsales sont ruginées; les lèvres de la plaie sont suturées sur un drain de gros calibre. Les fils n'ont pas tenu; les bords se sont désunis; la suppuration des premiers jours a été abondante; mais bientôt l'écoulement s'est tari, les bourgeons se sont développés, 3 semaines après l'intervention, la cicatrisation est presque complète.

Observation XVIII.

(Reclus. *Gaz. hebdomadaire*, n° 31).

Il s'agit d'une femme de 37 ans; lingère, entrée à la clinique chirurgicale de la Pitié, le 13 avril 1882. Cette femme affaiblie, ressentit, il y a deux ans, des douleurs diffuses dans la région dorsale, les souffrances augmentèrent et au bout de quelques mois, il s'y joignit des fourmillements des membres inférieurs, des troubles du côté du sphincter anal et des douleurs en ceinture. Enfin, apparaissait au-dessus de la crête iliaque, une grosseur qui peu à peu envahissait toute la région lombaire et descendait jusque sous les téguments de la fesse.

C'est alors qu'on examine la malade. Etat général déplorable, fièvre vive, sueurs profuses, amaigrissement: les poumons sont atteints. Le 20, ouverture de l'abcès au thermocautère par une incision verticale et une autre perpendiculaire à cette dernière. Raclage des parois avec la cuiller tranchante. Au sommet de la poche, s'ouvre un couloir tortueux qui contourne la colonne et va se perdre dans un foyer osseux qu'on ne peut atteindre. Grattage de la partie du trajet accessible à l'instrument sans arriver sur le corps vertébral. — Drainage. — Après un mois et demi, l'état général s'est notablement amélioré, et la cicatrisation est complète.

Observation XIX.

(Communiquée à M. Reclus. — *Gaz. hebdomadaire*, n° 31).

Enfant de 11 ans. Mal de Pott, gibbosité lombaire. Etat général mauvais. Enorme abcès étendu des fausses côtes à la crête de l'os iliaque qu'il déborde. La fluctuation se propage des lombes à une collection semblable de la fosse iliaque.

8 juillet, incision transversale de 20 centimètres. Grattage de la poche, et, bien qu'on pénètre jusque dans la fosse iliaque, on ne pratique pas de contre-ouverture à la cuisse : mais on enfonce 2 tubes à large calibre jusqu'aux limites de la cavité. L'état général s'est notablement amélioré et le malade fait chaque jour un nouveau pas vers la guérison.

Observation XX.

(*Gaz. hebdomad.* 1882, n° 35).

M..., Auguste, 15 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 21 février 1882. Tumeur du volume de deux poings dans la région lombaire, à droite de la colonne vertébrale. L'abcès est douloureux, la peau rouge, tendue, la fluctuation manifeste. L'état général est alarmant. Température 40°. Toux quinteuse, expectoration purulente, râles muqueux aux deux sommets.

24 février, ponction de l'abcès avec l'aspirateur Potain. Il ne sort rien parce que des grumeaux obstruent le trocart. M. Tripier incise l'abcès sur une longueur de 3 cent., écoulement d'environ 1 litre de pus. Toutes les précautions antiseptiques avaient été prises. L'écoulement du pus est laissé libre, aucune pression sur la poche. Drainage. Temp. soir 37°5.

13 mars, plaie réduite à un simple bourgeon charnu.

Observation XXI

(*Gaz. hebd.* 1882).

G. Jean, 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 février 1882. Tuméfaction de la fesse gauche, saillie globuleuse plus prononcée en dehors, pli fessier effacé, fluctuation manifeste.

Douleur à la pression au niveau des apophyses épineuses des deux dernières lombaires. Diagnostic : Mal de Pott avec abcès par congestion sous-fessier. Incision de 7 à 8 cent. sur le point le plus saillant de l'abcès en arrière du grand trochanter. Ponction de l'abcès. Issue d'une grande quantité de pus. Le doigt introduit dans la poche arrive dans l'échancrure sciatique par laquelle le pus a cheminé. Contre-ouverture à trois travers de doigt en dehors et au-dessous du grand trochanter, à la face postéro-externe de la cuisse. Raclage de la paroi, injection d'eau phéniquée à 3 pour 100.

Ouvertures suturées, dans chacune on passe un drain. Un des tubes plonge dans l'échancrure sciatique. On n'a pas pu

atteindre le foyer osseux. Parois recollées après six jours; il ne reste que le trajet des drains. La lésion osseuse n'a été guérie qu'après 4 mois.

Observation XXII

(*Gaz. hebd.* 1882).

L. Joseph, 23 ans, entre le 9 mai 1882 à l'Hôtel-Dieu. Carie vertébrale dorso-lombaire, abcès du psoas. Tuberculose pulmonaire. Fluctuation dans toute la fosse iliaque gauche correspondant au pli de l'aine au-dessus de l'arcade crurale et en dehors des vaisseaux.

5 juillet. Incision suivant la gaine du couturier, déchirure avec la sonde des fibres du psoas au-dessus de l'arcade. Ecoulement de 1 litre de pus. Un seul drain.

10 août. — Il n'y a plus qu'un trajet peu profond entretenu par le drain.

Observation XXIII

(*Gaz. hebd.* 1882).

C. Léon, 51 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 28 juillet 1882.

Saillie notable des apophyses épineuses des dernières vertèbres lombaires. Région fessière gauche soulevée par un volumineux abcès, dont le point le plus saillant se trouve à deux travers de doigt en arrière du grand trochanter. En bas le pli fessier est en partie effacé.

Etat général satisfaisant.

4 août; — Incision à deux travers de doigt en arrière du grand trochanter, longue de 8 à 9 centimètres. Ecoulement de 500 à 600 grammes de pus. Le doigt introduit dans la poche arrive dans l'échancrure sciatique. Contre-ouverture pratiquée en bas et en dehors au niveau du pli fessier. Raclage des parois avec la curette. Lavage prolongé avec la solution phéniquée à 3 pour 100. Plaies réunies par deux plans de sutures l'un profond l'autre superficiel. Drainage dans chaque ouverture.

12 août. — La température n'a pas monté au-dessus de 38°, les drains ont été réduits de volume et de longueur, il ne s'écoule que quelques gouttes de sérosité provenant du foyer vertébral.

La réunion par première intention a été complète, l'abcès est guéri.

Observation XXIV.

(Lannelongue. *Abcès froids, etc.*)

Mal de Pott dorsal. Abcès multilobé, symptomatique et tuberculeux.

Cayron Paul, 13 ans, entre à l'hôpital le 17 avril 1880. Père mort tuberculeux. A l'âge de 2 ans, à la suite d'une chute, aurait débuté sa déformation rachidienne. Il y a 7 mois, la mère constate dans la région inguinale droite, une tumeur du volume du poing, tumeur qui a augmenté progressivement.

Depuis l'âge de 5 ans, l'enfant marchait et le développement de sa gibbosité avait cessé depuis l'âge de 4 ans.

Etat actuel : courbure énorme de la région dorsale, comprenant 8 vertèbres ; au sommet, il y a une apophyse épineuse saillante.

Abcès de la cuisse du volume d'une tête d'enfant, à trois lobes.

4 mai. — Dissection de la poche dans une petite étendue, excision d'un lambeau de 3 à 4 centimètres pour l'étude microscopique. Ecoulement très-abondant de pus. On introduit un gros drain dans la cavité, lavage avec la solution phéniquée forte. Les jours suivants, réaction vive qui cède bientôt.

15 juillet. — Il reste un trajet fistuleux ne donnant plus issue qu'à un liquide clair, peu abondant.

Observation XXV.

(Lannelongue. *Abcès froids etc.*)

Mal de Pott. Abcès froid de la racine de la cuisse gauche. Despotte Thérèse, 13 ans 1/2, entre le 27 avril 1880.

Mal de Pott datant de 10 ans. Entre à l'hôpital pour une tumeur occupant la région sous-trochantérienne et ayant le volume du poing. L'abcès ne s'est montré que vers le mois de mars. Il est symptomatique.

4 mai. — Ouverture de la poche. Excision d'un lambeau de la portion la plus reculée.

Ce lambeau offre comme particularité d'avoir de gros vaisseaux rouges faisant saillie sous forme de colonnes. Guérison.

Observation XXVI.

(Lannelongue. *Abcès froids, etc.*)

Mal de Pott dorso-lombaire. — Abcès tardif, survenu 8 ans

après l'apparition de la gibbosité. L'enfant était considérée comme guérie depuis plusieurs années,

Falot Eugénie, 10 ans 1/2, entre le 8 décembre 1879.

Père et mère bien portants. Grands parents morts jeunes et phthisiques.

A l'âge deux ans, l'enfant commença à traîner les jambes. Peu après apparut une gibbosité dans la région dorso-lombaire. A l'âge de 4 ans, on crut l'enfant guérie, et depuis cette époque, elle n'a pas cessé de marcher.

A son entrée à l'hôpital, il y a 8 ans qu'elle porte sa gibbosité.

Cette gibbosité occupe les 4 dernières vertèbres dorsales, et les deux premières lombaires.

Il y a 6 semaines, apparition dans le pli de l'aîne d'une grosseur qui a actuellement le volume du poing, la peau qui le recouvre est rouge et prête à se rompre. Cette poche communique avec une seconde collection abdominale du même volume que celle de la cuisse, elle est seulement plus allongée.

10 décembre. La poche crurale est ouverte largement sous le Lister, puis on fait une injection avec la solution phéniquée au cinquième, et on place un gros drain dans la cavité. Les lavages avec une solution faible au centième, sont renouvelés tous les jours.

Aucun incident à noter. L'enfant quitte l'hôpital en conservant un trajet fistuleux.

Observation XXVII (1).

(Personnelle).

J. Emile, 28 ans, cordonnier, entre le 21 novembre 1882, à l'hôpital St-Léon, salle St-Léon n° 8.

Tempérament lymphatique. Aucun antécédent héréditaire. Il aurait eu, il y a 4 mois, un abcès froid à la partie interne du bras droit, En avril, il a commencé à éprouver dans la région lombaire, de violentes douleurs s'irradiant en ceinture, sans troubles de la marche; la flexion du tronc seule était difficile et un peu douloureuse.

Le malade attribue aux mouvements que nécessitait sa profession, la production de son mal.

(1) Cette observation est la même que celle publiée par M. Weiss, Voir *Ouv. antisept. des abc. p. congestion.*

A l'examen direct, on remarque une tumeur ovale, à grand diamètre parallèle à l'arcade crurale, située du côté gauche un peu au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette tumeur est molle, légèrement sensible à la pression, fluctuante, sans changement de couleur à la peau.

Au-dessous de l'arcade de Fallope, à la partie antéro-supérieure de la cuisse, on remarque également une petite tumeur assez dure, indolente, communiquant avec la tumeur supérieure ainsi qu'on le sent par la fluctuation.

Il y a environ trois semaines, que le malade a remarqué subitement la grosseur abdominale; la tumeur inférieure s'est montrée peu après.

Sensibilité à la pression sur les apophyses épineuses des deux ou trois premières vertèbres lombaires.

On administre des toniques à l'intérieur, et on applique un cautère à la pâte de Vienne dans chaque gouttière vertébrale, vers les points douloureux. Les deux cautères ont bien pris et le malade se trouve soulagé.

Le 10 décembre, la tumeur de la fosse iliaque augmente tous les jours de volume, la peau devient rouge et elle s'amincit. Le 13, on fait une ponction à l'aide de l'aspirateur Potain, cette ponction donne issue à un demi-litre de pus séreux, sans grumeaux. On exerce une assez forte compression sur la tumeur, mais malgré cela, elle se reproduit très-rapidement.

Le 18 décembre. Chloroformisation. Pulvérisation phéniquée. Incision d'environ 8 centimètres au-dessus du ligament de Poupert, pratiquée par M. le Professeur agrégé Weiss. Ecoulement d'environ 1½ litre de pus. Le chirurgien explore la poche avec le doigt, et il constate l'existence d'un petit diverticulum se dirigeant à la partie supérieure de la cuisse, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale et au-dessus des vaisseaux cruraux, alors il y introduit un trocart courbe qui vient faire saillie à la cuisse, et qui lui sert à pratiquer une contre-ouverture, agrandie ensuite avec le bistouri. Raclage des parois de la poche. Lavage de la cavité avec une solution de chlorure de zinc au dixième, puis avec une solution phéniquée. Pansement de Lister.

19 décembre. — Température 37°. On renouvelle le pansement qui est taché par une grande quantité de pus.

25 décembre. — Température, le matin 37°5, le soir 38°. L'appétit revient.

27 décembre. — Frissons irréguliers. Maux de tête. Inappétence. Temp. matin 38°, soir 39°5.

28 décembre. — Mêmes phénomènes fébriles.

30 décembre. — Frissons, suppuration abondante, état général mauvais. La température est très-élevée le soir, et presque normale le matin.

6 janvier 1883. — Pas de frissons, mais l'état général est toujours aussi fâcheux.

13 janvier. — Malade très-faible, amaigrissement rapide, face pâle, terreuse. Le pansement de Lister est fait tous les jours avec les plus grands soins. Température matinale 35°6 à 36°, vespérale 38°5 à 39°.

25 janvier. — Le malade éprouve une amélioration subite. Il se sent renaître à la santé.

26 janvier. L'amélioration continue. Température du matin 36°, le soir 37°.

31 janvier. — L'appétit augmente. Température normale. La suppuration diminue.

10 février. — Suppuration de moins en moins abondante. La plaie se rétrécit. Le malade mange bien. Température normale.

15 février. — Etat général très-satisfaisant.

20 février. — Le mieux persiste.

1^{er} mars. — La température redevient anormale. Matin 37°, soir 38°. Persistance du bon état général. Suppuration très-faible.

10 mars. — Même situation.

20 mars. — La plaie se referme de plus en plus. Pansement de Lister renouvelé tous les jours.

25 mars. — La plaie ne présente plus qu'un petit pertuis fistuleux. Le malade est en bonne voie de guérison, il quitte le service.

Observation XXVIII.

(T. Weiss, *Ouvert. antisept. des abcès par cong.*)

Maurice Auguste, 24 ans, forgeron, entre le 16 septembre 1881 à l'hôpital Saint-Léon après avoir été soigné depuis le 29 mai 1881 à l'hôpital Saint-Charles pour des douleurs lombaires et crurales qui n'étaient que les premiers symptômes d'un mal de Pott de la région lombaire.

Abcès par congestion de la fosse iliaque droite. Ponctions successives, cautères sur la colonne vertébrale.

En octobre 1881, apparition dans la fosse iliaque gauche d'un second abcès qui va fuser jusqu'au petit trochanter. En

novembre, troisième abcès dans la région lombaire, plus tard, un quatrième abcès se montre au niveau du pli fessier.

17 mars — Ponction de l'abcès lombaire qui ne ramène que très-peu de pus. Large incision au thermo-cautère, le doigt constate la dénudation des 2^e et 3^e lombaires. Rugination du foyer osseux par la cuiller de Volkmann, injection antiseptique dans la poche, tube à drainage. Pansement de Lister jusqu'au 25 mars, état général assez satisfaisant. Alors surviennent des accès de fièvre, de diarrhée qui emportent le malade le 2 avril.

A l'autopsie, on trouve une carie de toutes les vertèbres lombaires, bien trop étendue pour qu'il fût possible de tout enlever. Les abcès étaient multiples et la guérison impossible.

Observation XXIX.

(Inédite.)

(Communiquée par M. Croux, interne des hôpitaux.)

Th. Antoine, 50 ans, entré le 29 mars 1883, à l'hôpital St-Léon, Salle St-Léon, n° 3.

Habituellement bien portant, il vit apparaître, il y a 7 mois, à la partie supérieure de la fesse droite, à 4 centimètres environ de la ligne médiane, une petite tumeur, du volume d'une bille, fluctuante, qui le faisait surtout souffrir la nuit. Cette petite tumeur née sans aucune cause appréciable grossit assez lentement. Six semaines après, elle fut ouverte par un médecin, il en sortit environ 2 litres de pus assez épais, mêlé de sang et de grumeaux. La plaie se rétrécit, mais ne se ferma point complètement.

Il y a environ un mois, après une promenade, apparut au-dessous de la partie externe de l'arcade crurale du côté droit, une tumeur primitivement du volume d'une noisette qui grossit assez rapidement jusqu'à atteindre le volume d'une orange ordinaire. Cette seconde tumeur fut toujours indolente. En même temps, le malade éprouvait quelques douleurs à la partie inférieure de la région vertébrale lombaire, surtout dans les mouvements de flexion du tronc. Pendant tout ce temps, il ne cessa pas de travailler.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, on lui fit une ponction aspiratrice par laquelle on retira une petite quantité de pus mélangé de sang.

3 avril 1883. — Malade pâle, amaigri. A la partie supérieure de la fesse droite, à 4 ou 5 centimètres de la ligne

médiane, on trouve une petite tumeur peu saillante, violacée, dure peu mobile, percée d'un petit pertuis à son centre. On peut introduire par ce pertuis un stylet qui se dirige assez profondément vers l'épine sciatique.

A 4 ou 5 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et immédiatement au-dessous de la partie externe de l'arcade crurale, existe toujours la tumeur ovoïde précédemment indiquée. Elle est molle, fluctuante, indolente, l'ouverture de la ponction ne s'est pas oblitérée, elle laisse écouler pendant les mouvements, une petite quantité de pus séreux, malgré l'application d'une couche de collodion.

Par une forte pression avec les doigts, on détermine une légère douleur à la partie inférieure de la région lombaire; à ce niveau, il n'y a aucune déformation appréciable.

Poumons sains. Respiration normale. Les autres fonctions s'accomplissent normalement.

Pas de fièvre. Diagnostic : Abscess par congestion, provenant de la région lombaire inférieure.

9 avril. — Chloroforme. Pulvérisation phéniquée. Incision de quelques centimètres faite sur la tumeur qui siège au-dessous de l'arcade crurale. On tombe sur une masse de fongosités saignantes que l'on extirpe avec la cuiller tranchante. On ne trouve pas de communication avec l'abcès de la fesse. Pansement de Lister.

10 avril. — On renouvelle le pansement. On applique une simple compresse phéniquée.

15 avril. — Continuation du même pansement.

28 avril. — Plaie blafarde, ne tendant pas à la cicatrisation. Suintement séro-purulent. On remplace le pansement phéniqué par l'iodoforme.

10 mai. — Même état local. État général toujours assez satisfaisant.

18 mai. — Le malade quitte le service. Il n'a pas reparu depuis.

Observation XXX.

(Inédite.)

(Communiquée par M. le Docteur J. Boeckel, de Strasbourg.)

Gradvoll, 11 ans. Abscess ossifluent provenant de la dernière vertèbre dorsale.

Fluctuation au-dessus du ligament de Fallope, s'étendant à tout le segment supérieur de la cuisse, où l'on constate une

tumeur volumineuse occupant les faces externe, antérieure, et interne du membre.

Le pus a fusé jusque vers le milieu de la cuisse, le long du fascia lata ; en dedans et en avant, la collection s'étend un peu moins loin, mais dépasse de deux travers de doigt, la pointe du triangle de Scarpa.

Chloroformisation dans le courant du mois de mars. Précautions antiseptiques. Pas de pulvérisation.

Incision de 8 centimètres au-dessus du ligament de Fallope ; 5 contre-ouvertures à la cuisse, dont deux au côté externe, une antérieure et deux en dedans ; contre-ouverture de six centimètres en arrière, dans la région lombaire. Raclage de la poche avec la cuiller tranchante, et extirpation de vastes lambeaux de cette poche.

Le doigt introduit dans l'abdomen, arrive jusque sur la dernière vertèbre dorsale qui est dénudée sur une petite étendue en avant.

Désinfection avec la solution phéniquée à cinq pour cent. (L'opération était pratiquée à la campagne, dans un pays où il n'y avait pas de pharmacie, et où on n'a pas pu se procurer de chlorure de zinc.)

Pas de réunion. Drainage de part en part.

Pansement avec silk et coton salicylé continué tous les deux jours pendant deux mois. Pas d'autre pansement antiseptique.

Les drains sont tous enlevés vers le 12^e jour.

1^{er} juin. — L'opéré se présente dans le cabinet de M. Boeckel. Il n'existe plus que deux fistules à la partie antérieure de la cuisse.

Le malade marche en boitant

Etat général excellent. Le malade a augmenté de plusieurs livres depuis 8 semaines.

Observation XXXI

(Inédite).

(Communiquée par M. le Docteur Ganzinotty).

Monsieur X., âgé de 57 ans, sans antécédent ni scrofuleux ni tuberculeux, ressentit vers le mois de janvier 1882 de la douleur ou plutôt de la gêne dans les reins, mais il n'eût ni fièvre ni autres symptômes, et la marche ne fut même pas troublée.

Deux ou trois mois après, on vit apparaître une tuméfaction diffuse au niveau des dernières vertèbres dorsales à droite

de la colonne vertébrale. La fluctuation ne fut pas immédiatement perçue, puisqu'on hésita entre lipome et abcès froid.

Le développement se fit lentement et transversalement, il n'y avait pas de douleur locale à la pression.

Au mois d'août, ponction qui donne un demi-verre de pus de bonne nature. A ce moment, l'examen de la colonne vertébrale, des côtes, de l'os iliaque ne révèle rien d'anormal. Aucun point vertébral à la pression. Rien dans la poitrine. Les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine. On s'arrête au diagnostic d'abcès froid idiopathique.

La collection se reproduit rapidement.

La tuméfaction devient nettement fluctuante, non globuleuse, plutôt allongée; on se décide à ouvrir l'abcès, et l'opération est pratiquée en septembre 1882, dans une ville de notre région de l'Est, et de la façon suivante :

Chloroformisation. Pulvérisation phéniquée. Incision d'environ 11 centimètres.

Ecoulement de pus. On peut voir entre les lèvres de l'incision une poche irrégulière, aplatie entre les muscles et la peau, tapissée d'une membrane grisâtre bourgeonnante. Quelques petits prolongements admettant l'extrémité du petit doigt se dirigent vers la colonne vertébrale et l'extrémité postérieure de la douzième côte; le stylet ne rencontre dans ces trajets aucune partie osseuse dénudée. On fait la section transversale du muscle sacro-lombaire pour faciliter l'exploration de la colonne vertébrale, mais on ne trouve pas davantage de surface osseuse malade. On se contente alors de racler la membrane de la poche avec la cuiller tranchante. Points de suture; pansement phéniqué, deux drains sont placés dans la plaie.

Après l'opération, pas de réaction fébrile, la suppuration est peu abondante. Pus crémeux. Au moindre mouvement le malade accuse une douleur très vive que l'on attribue à la section du sacro-lombaire.

On laisse dans la plaie les deux tubes de drainage.

Alors commence un état stationnaire; ni les injections de vin aromatique, ni celle de chlorure de zinc au dixième et de teinture d'iode, ni les crayons d'iodoforme ne produisent de modification sensible. La suppuration persiste assez abondante, s'écoulant par les deux drains placés l'un à l'angle externe de la plaie, l'autre en son milieu, se réunissant dans la profondeur.

Le 20 décembre 1882, le malade est examiné par M. le docteur Ganzinotty :

Le malade est faible, un peu amaigri; il mange peu, son appétit est inégal, cependant il peut sortir, se promener, faire deux ou trois kilomètres sans trop de fatigue. La digestion se fait bien. Quand le malade marche, il a les épaules élevées, le cou renversé en arrière, la face tournée en haut, il évite de courber la colonne vertébrale; il peut s'asseoir et se pencher, mais avec une grande lenteur.

La plaie est réunie dans toute son étendue sauf en deux points où se trouvent les drains. Le pansement est médiocrement, taché d'un pus en partie crêmeux, en partie séreux. En retirant les tubes, on constate que les deux trajets qu'ils occupent sont tapissés par une membrane lisse. Le même pansement est continué; application de crayons et de poudre d'iodoforme sans résultat notable au bout de deux mois. Le malade est alors vu par M. le professeur Heydenreich, qui propose l'incision des deux trajets jusqu'au fond de la plaie.

L'opération est pratiquée le 18 février 1882. Chloroformisation très-bien supportée, incision avec le couteau du thermo-cautère Paquelin, on réunit ainsi les deux trajets en un seul. Le stylet arrive facilement au fond de la plaie, et de là, il pénètre dans un petit conduit dirigé obliquement et profondément vers le corps de la onzième ou de la douzième vertèbre dorsale, sans toutefois atteindre l'os. On admet une lésion vertébrale due probablement à une carie sénile. Pansement avec de la gaze phéniquée, et du coton salicylé, lavage de la plaie avec la solution d'acide phénique au $\frac{1}{200}$, puis avec la solution d'acide borique.

Il y a donc un trajet fistuleux partant d'un point inconnu du rachis et par lequel s'écoule chaque jour la même quantité de pus. En raison du mauvais état général, M. le professeur Heydenreich ne tente pas une opération plus radicale. Malgré tout, l'état général ne s'améliore pas, l'écoulement par la plaie restée fistuleuse ne se modifie pas pendant tout le mois de mars, et cependant il n'y a pas eu de fièvre.

Pendant le mois de février, le malade se plaignait de douleurs à gauche du rachis: 1° au niveau des 4^e et 5^e dorsales, et, 2° au niveau de la 12^e dorsale et de la 1^{re} lombaire, douleurs irradiées vers les espaces intercostaux. La pression sur les apophyses transverses et épineuses détermine une douleur très-vive. Alors on voit se développer une nouvelle collection purulente au niveau de la partie moyenne du bord spinal de l'omplate; la tuméfaction au bout de 3 semaines s'étend dans une hauteur d'environ 16 centimètres, sur une largeur transversale de 7 centimètres. Le malade est revu par M. le pro-

fesseur Heydenreich qui constate que la collection ne disparaît pas par la pression et ne communique pas avec la fistule du côté droit. A ce moment, la respiration est normale, la percussion et l'auscultation ne révèlent aucun bruit anormal.

Le 27 mars, changement dans l'état général ; pour la première fois, le malade a des sueurs nocturnes. et le thermomètre marque 40,2° de température. Alors se produit un état fébrile continue qui résiste au sulfate de quinine.

Le 10 avril, la fièvre est tombée, et la vaste collection qui a été décrite plus haut a totalement disparu. Il s'est écoulé par la fistule du côté droit, pendant la nuit, une quantité considérable de pus tachant les linges du pansement, et même les draps du lit.

Le 16 avril, le malade est oppressé, et on entend dans la fosse sous-épineuse du côté gauche, en arrière, des râles sous-crépitaux, avec une respiration légèrement soufflée. La fièvre persiste, le malade s'affaiblit de plus en plus.

La collection du côté gauche qui s'était reproduite dès le lendemain de sa disparition, disparaît de nouveau du 24 au 25 avril, et le malade se met à expectorer des crachats purulents (vomique). On diagnostique une perforation pleuropulmonaire. L'affaiblissement est extrême, l'anorexie complète.

Le 16 mai, cet état déjà si grave par lui-même se complique encore d'un pneumothorax occupant le côté gauche de la poitrine, et le malade meurt le 20, le quatrième jour de son pneumothorax.

L'autopsie n'a pu être faite, et l'on n'a pas pu constater l'existence dans le médiastin postérieur, d'un abcès que l'on pensait y trouver.

Observation XXXII (1).

(Ouverture d'un abcès du canal vertébral, avec résection de la moitié du corps d'une vertèbre).

Malade âgé de 34 ans, atteint d'une scoliose depuis l'âge de 7 ans, entre à l'hôpital israélite pour une parésie des membres inférieurs qui augmente tous les jours. La pression sur la région lombaire détermine de la douleur; à ce niveau abcès par congestion de la grosseur d'une pomme. Le pus se dirige vers la convexité des dernières côtes droites qui sont sensibles à la pression. Les jambes sont amaigries, atteintes de para-

(1) J. Israel Berliner Klin. Wochens, 1882.

plégie, sans contractures, avec abolition des réflexes. Diagnostic : carie vertébrale avec abcès comprimant la moelle ; la sensibilité de la partie postérieure de la 12^e côte fait supposer qu'elle est atteinte aussi de carie. On décide de faire la résection de cette partie de la côte pour arriver jusqu'à l'abcès et le vider.

Incision de l'abcès, on remarque que le pus se dirige vers la partie la plus convexe des côtes. La partie postérieure de la 12^e côte est cariée et dépourvue de périoste. On la résèque ; le côté droit de la 12^e vertèbre dorsale est d'un jaune sale, transformé en partie en une masse caséeuse mêlée à des débris osseux et à des granulations, on racle cette paroi avec la cuiller tranchante, et on fait une légère incision dans le canal rachidien, il en sort un pus épais ; on prolonge l'incision, on enlève toutes les portions de la vertèbre qui sont malades. La moelle est déprimée et aplatie par l'abcès du côté gauche. Pansement de Lister, réaction très faible. La plaie se cicatrise et se réduit à une ligne très mince.

Cinq semaines après l'opération, le malade se met à tousser, il s'affaiblit de plus en plus et meurt au bout de 35 jours.

L'autopsie démontra que la cause de la mort était due à une pleurésie purulente droite, développée au voisinage de la côte cariée. En effet, la plèvre costale présentait dans le neuvième espace, près de la colonne vertébrale, une ulcération du diamètre d'une pièce de 50 centimes, avec infiltration purulente du tissu conjonctif péripleural. Le poumon gauche renferme des tubercules miliaires.

Voyons maintenant quelles réflexions nous suggère l'examen des 32 observations que nous avons pu recueillir. Tout d'abord, nous constatons 12 cas de guérison complète, 16 cas de guérison incomplète, puisque les malades sont sortis de l'hôpital avec un trajet fistuleux et 4 cas de mort. Nous devons donc nous demander avant tout, comment se comportent les abcès traités par la méthode antiseptique. Nous savons que la fièvre hectique, l'épuisement, la dégénérescence amyloïde des viscères sont presque toujours la conséquence de la suppuration profuse et prolongée qui accompagne constamment les incisions libres dans les abcès par congestion. Au contraire, le premier résultat de la méthode de Lister est de ne pas occasionner de fièvre en général ; le pus reste de bonne nature, la suppuration n'augmente pas, il y a bien, quelques heures après l'ouverture de l'abcès, élimination de sérosité

due à la diminution de pression dans les vaisseaux des bourgeons qui tapissent la cavité, mais cette sécrétion devient très faible au bout de quelques jours ; il peut y avoir aussi une légère suppuration venant de ceux des bourgeons qui entourent l'orifice du tube à drainage, et sont irrités par l'acide phénique, mais les parties profondes de la cavité ne suppurent pas. Cependant, dans un certain nombre de cas que nous rapportons, nous avons observé des phénomènes fébriles dont nous parlerons plus loin.

Nous signalons 16 malades traités les uns par l'incision antiseptique simple, les autres par l'incision avec curage ou lavage, et qui sont sortis de l'hôpital avec un trajet fistuleux. Ce trajet suppure toujours pendant un temps plus ou moins long, puis les bourgeons charnus envahissant la poche, les parois s'accolent, le conduit se rétrécit de plus en plus, et, en fin de compte se réduit à un petit canal linéaire, quelquefois fort long, mais en somme, analogue à tout trajet ossifluent. La simple incision combinée au drainage, sans modification de la poche, ou de la lésion osseuse, ainsi que nous le constatons dans un certain nombre d'observations, ne peut avoir la prétention de tarir du coup la source du pus ; avec l'incision antiseptique simple, la guérison complète se fait attendre longtemps, elle se produit rarement avant plusieurs mois. En effet, par ce procédé, on néglige non seulement de gratter les parois de la cavité qui sont infiltrées de granulations tuberculeuses, et entrent pour une certaine part dans la production du pus, mais encore de modifier la surface osseuse, point de départ primitif de la maladie. Au contraire, si au lieu de se borner à ouvrir simplement l'abcès, on emploie les procédés de MM. Volkmann, Boeckel ou Tripier, la guérison se fait en général plus rapidement, du moins dans certaines conditions.

Prenons, par exemple, les Observations XVI, XVII. Le chirurgien avait affaire à un de ces abcès que l'on a appelés sessiles, c'est-à-dire occupant un espace très rapproché du siège de la lésion osseuse. Après avoir incisé la tumeur, il a gratté les parois de la cavité, extirpé ou ruginé les parties osseuses altérées ; et au bout de très peu de temps la guérison, au dire de l'auteur, était *pour ainsi dire* complète. Dans l'Observation XVIII, au contraire, le raclage des parois de la poche a été l'unique traitement ; on ne pouvait toucher au foyer osseux, qu'il était d'ailleurs impossible d'atteindre, car il eût été réellement téméraire de vouloir suivre le couloir tortueux qui contournait la colonne vertébrale ; il fallait donc

prendre le parti le plus sage, c'est-à-dire extirper seulement la partie du trajet accessible à l'instrument; cependant, au bout d'un mois et demi, la cicatrisation était complète. En effet, l'incision antiseptique, avec raclage des parois, même sans que le chirurgien ait pu atteindre la lésion osseuse, détermine un arrêt dans la marche de la maladie; le foyer purulent est supprimé: le pus qui, par sa tension et son accumulation croissantes, aggravait sans cesse l'inflammation chronique de l'os, est éliminé; l'état général s'améliore, et le malade guérit promptement. « La guérison, dit Reclus, est possible, même sans qu'on ait pu atteindre la lésion osseuse pour la modifier ou la détruire; on s'imagine avoir fait une opération stérile, il n'en est rien, et la guérison se maintient. On peut donc admettre qu'il s'agit ou d'une périostite superficielle, ou d'une ostéite peu étendue et sans séquestre, ou enfin que l'os nécrosé s'est résorbé ou a disparu. Dans certains cas, il s'agit d'abcès circonvoisins, sans communication avec l'os; dans d'autres cas, d'abcès dépendant d'ostéite chronique sans nécrose. » Le séquestre peut se résorber, Lister a vu des portions d'os enveloppées et absorbées par les bourgeons charnus; les tissus vivants circonvoisins se chargent de faire disparaître les fragments osseux mortifiés. Il y donc lieu de se demander quel est le procédé qui semble préférable: celui de Lister, ou ceux de MM. Volkmann, Boeckel et Tripier. Si nous examinons les résultats obtenus, nous constatons qu'avec le listérisme simple, la guérison définitive ne s'obtient qu'après un temps relativement assez long, parce que, d'une part, les granulations qui revêtent les foyers purulents ne sont pas suffisamment vigoureuses pour que les parois puissent se réunir immédiatement entre elles, et d'autre part, parce qu'on néglige de racler les parois infiltrées de tubercules et de détruire la partie osseuse altérée. Tandis que nous voyons, dans la majeure partie des cas, avec les procédés de MM. Volkmann, Boeckel et Tripier, la guérison se faire d'habitude assez rapidement, parce qu'ils s'adressent directement à la cause du mal, et remplissent les deux indications que nous venons de citer.

Un autre fait important qui résulte de nos observations, c'est l'influence de l'âge et de l'état général sur la marche ultérieure de la maladie chez les individus dont les abcès ont été ouverts par la méthode antiseptique. En effet, chez les enfants et chez les adultes jeunes et vigoureux, dont la constitution est robuste, dont les poumons sont sains et ne présentent aucun signe de tuberculose, dont les fonctions diges-

tives s'accomplissent bien, nous remarquons qu'après le traitement antiseptique, l'affection tend vers une guérison rapide et qui se maintient définitive presque toujours; nous remarquons également que chez les malades faibles, qui ont perdu l'appétit, qui maigrissent de jour en jour et sont tourmentés par la douleur et la fièvre hectique, l'état général s'améliore notablement après l'opération, les symptômes hectiques disparaissent, les forces reviennent avec l'appétit, et le malade se trouve dans des conditions favorables pour attendre la guérison. Mais ici se pose un problème qu'il nous est très difficile de résoudre.

Dans un certain nombre d'observations, chez des malades présentant les phénomènes stéthoscopiques de la tuberculose pulmonaire, nous voyons les symptômes généraux s'amender en même temps que la lésion locale marche vers la guérison, tandis qu'à propos d'une observation (1), nous lisons que chez un malade présentant les signes avancés de la phthisie pulmonaire, une opération eût certainement abrégé les jours du patient. Nous devons donc nous demander si, chez un malade tuberculeux, porteur d'un abcès par congestion, nous pouvons appliquer le traitement antiseptique tel que nous l'avons décrit. Or, on sait que chez les phthisiques une opération radicale comme une amputation, ou une opération très-bénigne peuvent donner un coup de fouet à l'affection et provoquer une granulie; bien plus la simple incision d'un abcès chez un individu qui se trouve sous l'influence de la diathèse tuberculeuse peut déterminer l'apparition des signes du début de la maladie. Une opération comme l'incision antiseptique, le raclage des parois d'un abcès, la rugination des surfaces osseuses est-elle indiquée dans une semblable circonstance? Sans vouloir préciser davantage, nous pensons pouvoir conclure que, si l'on a affaire à une phthisie avancée, l'abstention est la règle; si la tuberculose est à la première période, il n'y a point de règle absolue, toutefois il vaut encore mieux s'abstenir, l'expectation armée donnant ici de meilleurs résultats qu'une opération radicale.

Dans nos observations, nous en trouvons quatre dans lesquelles la terminaison a été funeste. Un cas de septicémie aiguë (XIV); chez un autre malade (observation XXVIII) la présence d'abcès multiples, une carie de toutes les vertèbres lombaires bien trop étendue pour qu'on put tout enlever, rendaient la

(1) T. Weiss, loc. cit. Obs.

guérison impossible ; dans l'opération (observation XXXI) pratiquée au mois de septembre 1882, le chirurgien après avoir tenté de modifier la lésion osseuse fut obligé de se borner au raclage de la poche ; le résultat thérapeutique fut à peu près insignifiant, et l'évolution de l'affection des vertèbres suffisamment démontrée par les symptômes ultérieurs explique l'inefficacité de l'intervention chirurgicale dans le cas particulier. Quand, au mois de février 1883, on fit le débridement de la plaie fistuleuse et qu'on eût reconnu que le trajet se dirigeait très profondément vers la colonne vertébrale, une nouvelle intervention par le grattage fut jugée impossible, eu égard à l'état général très défavorable du malade, Il y eût ici des phénomènes fébriles que l'on peut attribuer à l'existence probable dans le médiastin postérieur d'un abcès dont on n'avait pu que soupçonner l'existence, le malade épuisé, mourut d'un pneumothorax.

Enfin chez le quatrième malade (observation XXXII), nous constatons la possibilité de réséquer une partie du corps d'une vertèbre avec ouverture du canal rachidien, de vider un abcès qu'il renferme sans altération sensible de l'état général, la mort est due à une pleurésie purulente droite développée au voisinage de la côte cariée, on peut admettre que le pronostic eût été plus favorable si l'abcès avait été vidé dès qu'on en a eu reconnu l'existence. En parcourant le travail de M. Weiss (1), nous trouvons outre l'observation XXVIII que nous avons publiée également, trois observations de malades dont l'un opéré par M. E. Bœckel a guéri, et les deux autres sont morts ; l'un (obs. III) (2) ayant été opéré une première fois avait vu son état s'améliorer, mais il s'était formé un nouvel abcès que M. le professeur Michel ouvrit, plus tard le malade avait fini par succomber ; chez l'autre (obs. V) (3), l'ouverture antiseptique sans raclage avait été suivie d'une amélioration notable dans l'état général et dans l'état local, mais la malade ayant quitté l'hôpital dans ces bonnes conditions ne fit plus que des pansements antiseptiques incomplets et succomba 48 mois après l'ouverture de l'abcès.

Que conclure des observations que nous venons de citer, et qui ont été suivies de la mort des opérés ? Le traitement anti-

(1) Weiss, *loc. cit.*

(2) Weiss, *loc. cit.*

(3) Weiss, *loc. cit.*

septique serait-il donc, dans certains cas, impuissant à empêcher le développement de la septicémie? S'il est vrai que l'infection putride est due à un empoisonnement de l'organisme par un agent septique, produit de la décomposition d'un pus qui croupit, on pourrait admettre que, dans les circonstances où le pansement de Lister n'a pas été appliqué avec tous les soins désirables, certaines parties anfractueuses de la cavité purulente non atteintes par le liquide antiseptique deviennent de véritables centres d'infection; dans ces circonstances, la mort se produit en général assez rapidement. Si d'autre part, la lésion osseuse se trouve tellement éloignée de l'incision qui donne issue au pus, que le chirurgien ne peut l'atteindre, il existe des conditions spéciales, telles par exemple que l'étendue considérable du mal, ou la multiplicité des abcès, dans lesquelles la guérison paraît absolument impossible: aussi, au bout d'un temps plus ou moins long, de 1 an à 18 mois, le malade succombe à l'épuisement qui résulte d'une suppuration abondante et prolongée. Enfin, on conçoit facilement que si la collection purulente vient à s'ouvrir dans une grande cavité viscérale, comme la plèvre (obs. XXXII), cet accident détermine fatalement et à bref délai la mort du patient.

Des observations qui précèdent, nous ne voudrions pas tirer une conclusion prématurée, les faits ne sont pas encore assez nombreux dans la science, la quantité de malades guéris radicalement n'est pas encore assez considérable pour que nous osions formuler une opinion précise. Toutefois, aux résultats que nous venons d'établir, nous avons joint ceux obtenus par Lister, afin de rassembler ainsi un certain nombre de faits, sur lesquels nous pourrions nous baser pour établir les indications relatives au traitement et que nous exposons plus loin.

CHAPITRE IV

Indications et contre-indications.

A. INDICATIONS TIRÉES DE L'ÉTAT LOCAL.

1° *Nature de la lésion.* — Quand l'état symptomatologique permet de supposer que l'abcès par congestion tient à une simple périostite ou à une ostéite superficielle, sans formation de séquestre, quand enfin le liquide purulent paraît avoir sa source dans un ou plusieurs abcès périvertébraux, l'ouverture et le traitement antiseptique de l'abcès sont nettement indiqués, surtout si la lésion est peu étendue. Agir le plus vite possible est de règle ; on obtient alors une guérison rapide, ou l'on prévient au moins les désordres qui peuvent être la conséquence de la marche de la maladie. Mais il importe de préciser autant que possible le diagnostic de la lésion osseuse et de tenir compte de la multiplicité des abcès, auquel cas nous devons recommander la plus grande prudence. Il en est de même, à plus forte raison, si nous reconnaissons une carie vertébrale accompagnée d'un affaissement considérable du rachis, si nous pouvons surtout diagnostiquer l'altération de plusieurs corps vertébraux ; la question de l'étendue et de la profondeur du mal est, en outre, à prendre en considération. La certitude d'une dégénérescence tuberculeuse de l'os assombrira le pronostic, et réclamera de l'opérateur l'examen de l'état général du sujet ; ici la guérison est douteuse, mais le traitement antiseptique aura toujours l'avantage de diminuer

la suppuration et, par suite, de soutenir quelque temps encore le malade près de succomber. Si l'on tombe sur des fongosités tuberculeuses, il faudrait les enlever par le raclage ; mais, si ces fongosités ne sont pas formées de tubercules, le grattage peut suffire à modifier la nature des bourgeons ; nous n'oserions employer le fer rouge comme Ollier le fait pour les fongosités articulaires, mais on peut utiliser l'iodoforme qui, dans ces derniers temps, a été vanté comme un spécifique contre les affections fongueuses par les chirurgiens allemands ; dans ce dernier cas, l'espérance d'une guérison très probable repose sur une distinction anatomique qu'on cherchera toujours à établir dans la mesure du possible.

2^o *Siège des abcès.* — Etudions maintenant les indications relatives en siège des abcès par congestion. La collection provenant d'une vertèbre cervicale et formée par exemple dans l'aisselle, ou au-dessus de la partie supérieure de la clavicule rentre dans la catégorie des abcès qu'Augagneur appelle imparfaitement accessibles, pourra-t-on en effet atteindre la cause même du mal, cela nous paraît bien difficile, aussi l'intervention chirurgicale sera-t-elle limitée ainsi que nous allons le dire plus loin. Les abcès provenant de la lésion d'une vertèbre dorsale ou lombaire, et situés soit à la partie postérieure du tronc au même niveau que la lésion, c'est-à-dire complètement accessibles ; soit dans la fosse iliaque, à la partie antéro-supérieure de la cuisse, ou à la partie inférieure de la fesse, souvent très-loin de leur lieu d'origine seront traités d'une manière bien différente, comme nous l'avons vu. Voici par exemple un abcès provenant de l'altération de l'apophyse épineuse, de l'arc, de l'apophyse tranverse même d'une vertèbre, le pus s'est collecté dans la région dorsale si la vertèbre malade se trouve être dans la colonne dorsale, dans la région lombaire si c'est une vertèbre lombaire ; la tumeur

siège à la partie postérieure du tronc, le trajet qui la sépare du point osseux malade est très-court, dans ce cas, le manuel opératoire sera des plus faciles, le chirurgien incisera largement la tumeur, il raclera les parois de la poche, il arrivera sans difficultés au point vertébral malade, ainsi que nous en avons donné des exemples plus haut, extirpant à son aise, les petits séquestres ou les portions cariées, et au bout de peu de temps, le malade guérira complètement. Voici maintenant un autre abcès situé loin de son point de départ, un de ceux que l'on a appelés migrants, il a pris naissance sur le corps même d'une vertèbre, si le pus vient se montrer à la partie postérieure du tronc, ce n'est, dit Reclus, que par un trajet fort long et parfois très-compiqué ; le plus souvent, que la vertèbre malade occupe la région dorsale ou lombaire, il chemine vers la fosse iliaque, vers la cuisse, vers la fesse en formant quelquefois des collections multiples : alors le chirurgien devra agir avec la plus grande prudence ; cherchera-t-il à atteindre l'os malade ? il est parfois fort difficile et même impossible d'arriver jusque là ; le siège, la profondeur, l'étendue de ces altérations osseuses, comme aussi le voisinage d'une articulation, d'un vaisseau important, ou la présence des cavités du tronc serviront certainement à empêcher toute intervention ; le mieux que l'on puisse faire dans ce cas c'est de pratiquer une large incision antiseptique en se bornant à gratter les parois de la poche, et de placer un tube à drainage dans la cavité. Le foyer purulent une fois supprimé, nous avons vu que le malade se trouvait dans les meilleures conditions pour attendre l'élimination de son séquestre.

3° *Intervention.* — Nous devons nous demander maintenant à quel moment il faut intervenir ? Doit-on attendre pour pratiquer l'ouverture antiseptique des abcès par congestion que la collection menace de s'ouvrir, ou faut-il agir aussitôt

que la tumeur apparaît ? Pott, Ledran, Sabatier (Bul. de Thérap.) conseillaient de donner issue au pus le plus tard possible à cause des accidents graves consécutifs à l'ouverture, Boyer soutint longtemps la même doctrine, puis il modifia sa pratique et ouvrit l'abcès, dès qu'il parut à l'extérieur. Dupuytren, Velpeau, Nélaton proscrivaient d'une manière générale l'ouverture des abcès par congestion, et mettaient tous leurs soins à en retarder le plus possible l'ouverture spontanée. Billroth (1) insiste sur ce principe, à savoir que les abcès par congestion ayant pour point de départ la colonne vertébrale, commandent impérieusement l'abstention de toute manœuvre chirurgicale. Follin (2) conseille de retarder le plus possible l'ouverture des abcès par congestion. De nos jours, bon nombre de chirurgiens conseillent l'expectative, ils attendent pour ouvrir l'abcès que la peau soit rouge, tendue, luisante, que la poche soit devenue douloureuse et menace de se perforer ; nous n'avons plus les mêmes dangers à éviter, puisque le traitement antiseptique nous met presque sûrement à l'abri des accidents infectieux, mais cependant on ne peut nier que le traitement palliatif ou la méthode des ponctions successives aient donné des résultats heureux, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire précédemment.

Les partisans de l'intervention immédiate, au contraire, prétendent qu'il y a de grands inconvénients à attendre ; plus l'abcès est ouvert de bonne heure mieux cela vaut, à condition qu'on emploie la méthode antiseptique ; en effet, le pus formé continuellement s'accumule dans la poche, la distend, les parois de cette poche peuvent céder, et alors ce pus fusera

(1) *Path. chirurg.* 1878.

(2) *Path. ext.*, tome II.

dans des directions différentes pour former des diverticules où il s'altérera ; en outre, cette tension, cette accumulation croissantes aggravent toujours l'inflammation chronique du tissu osseux, la lésion osseuse progressera sans cesse tant que le pus ne sera pas évacué.

Enfin, si l'on abandonne l'abcès à lui-même, il pourra s'ouvrir dans la poitrine, l'abdomen, ou un viscère abdominal, tandis qu'au contraire si on l'ouvre de bonne heure, sans parler des chances d'infection qui sont écartées, on voit l'état général du malade s'améliorer rapidement, ses souffrances cessent, son appétit revient, il reprend ses forces, en un mot il est rendu à la santé, en même temps que l'état local, la lésion osseuse tend à la résolution. S'il est vrai que le pansement antiseptique permet l'ouverture des abcès symptomatiques sans entraîner la fièvre ni aucun des accidents infectieux et souvent mortels rapportés par les auteurs, s'il ne laisse pénétrer dans le foyer qu'un air parfaitement pur, en évitant en général la formation de clapiers où le pus séjourne et croupit, il n'en est pas moins vrai qu'une large ouverture est toujours chose grave, et, nous le répétons, puisque l'on obtient des résultats par la méthode palliative et la médication externe, nous pensons donc que le chirurgien devra tout d'abord essayer des différents moyens usités pour favoriser la résorption spontanée, mais si son malade continue à maigrir, à perdre ses forces, si l'abcès devient plus volumineux et menace de s'enflammer, il ne faut plus temporiser, il faut inciser.

4° *Effets du traitement antérieur.* — On doit également considérer les effets du traitement antérieur ; il arrive même assez souvent que le repos, les bonnes conditions hygiéniques, les toniques, les cautères appliqués sur les côtés de la colonne vertébrale donnent de bons résultats, le malade est en voie de

guérison, les menaces soit du côté de la poitrine, soit du côté de l'abdomen semblent s'amender, la poche purulente décroît, l'abcès diminue de volume, l'altération osseuse marche vers la guérison, il faudra bien se garder d'intervenir; loin de là, on veillera à continuer la médication dont les bons effets se font sentir; mais dans le cas où les résultats du traitement sont peu évidents, si la lésion osseuse progresse, si la tumeur augmente, et par son développement a des influences fâcheuses sur les organes du voisinage, si le pus a de la tendance à fuser dans toutes les directions, l'évacuation est indiquée; de même si les phénomènes fébriles aigus ou hectiques se développent, si le pus se décompose, s'il ne s'écoule pas librement, une intervention est également nécessaire. Il est important aussi de tenir compte du mode opératoire employé précédemment, on a pu faire des ponctions, il est resté une fistule; il faut savoir si l'écoulement des liquides peut se faire librement; la présence d'une fistule plus ou moins oblitérée favorise la stagnation et la rétention des liquides, on doit tout tenter pour éviter cette rétention, car dit M. Sédillot, c'est une des plus grandes complications de la chirurgie (1); en outre, les effets locaux et mécaniques, ou éloignés et infectieux doivent être sérieusement combattus.

B. INDICATION TIRÉES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL.

5° *Age et état général.* — Au point de vue opératoire, il n'y a pas à s'inquiéter de l'âge des malades. Si, d'une part, on sait que la jeunesse est une bonne condition de résorption spontanée, et un gage de succès dans les opérations chirurgicales, on sait d'autre part que le traumatisme chirurgical est plus

(1) Gross. *Méth. antisept.*, p. 96.

dangereux, passé l'âge adulte, on est donc porté à se demander si l'on appliquera le traitement antiseptique aussi impunément chez le vieillard que chez le jeune homme ; or au cas particulier, l'expérience a démontré que les accidents consécutifs à l'opération n'existent pas plutôt chez l'un que chez l'autre, il n'y a donc pas là matière au chirurgien de s'inquiéter.

L'état général des malades doit être pris en sérieuse considération, chez les enfants et chez les adultes jeunes et vigoureux, pourquoi ne pas tenter la résorption spontanée puisqu'on a des exemples de malades, qui par un traitement approprié ont marché rapidement vers la guérison ; mais si l'on a affaire à des malades faibles, amaigris, tourmentés par la fièvre, il n'y a pas d'hésitation possible, l'indication est très-nette, il faut ouvrir l'abcès.

6° *Diathèse*. — La diathèse tuberculeuse nous semble une contre-indication au traitement que nous étudions. Comme nous avons eu l'occasion de le dire, on a constaté quelquefois chez les phthisiques après une opération, non-seulement une guérison locale, mais une amélioration notable de leur état pulmonaire. Velpeau, Verneuil, Richet (1) ont attiré particulièrement l'attention sur ces faits.

L'opération, en supprimant un foyer de suppuration, a permis à l'organisme de se reconstituer, et la lésion pulmonaire s'est limitée. Mais ce fait est très rare, et dans la grande majorité des cas, il est loin d'en être ainsi. M Verneuil (2), et d'autres avec lui, prétendent qu'en ce qui concerne les affections tuberculeuses, l'aggravation de la phthisie pulmonaire par les opérations n'est plus à démontrer. On doit donc, avant d'opérer une lésion externe, chez un tuberculeux pulmonaire,

(1) C. Nélaton, *thèse d'agrégation* 1883.

(2) *Semaine médicale* n° 23, 1883.

compter avec la possibilité d'une telle complication, aussi se montrera-t-on extrêmement réservé; un examen très complet du malade, beaucoup de tact et de sagacité sont nécessaires, car suivant la valeur du parti pris, le malade marchera rapidement à sa guérison ou à sa perte. (Trélat).

7° *Choix du procédé.* — Enfin, suivant les cas, le mode opératoire doit naturellement varier. L'abcès par congestion, né d'une simple périostite superficielle, n'exigera pas une intervention opératoire très-radical, l'incision simple doit suffire amplement; celui qui provient d'une ostéo-périostite peu grave, peu étendue, n'atteignant qu'une portion de vertèbre, sera ouvert tout d'abord à sa portion déclive, et même plus haut, si on le juge nécessaire; on cherchera ensuite à atteindre la portion du squelette malade, qu'on attaquera avec la cuiller tranchante. Bref, on emploiera ici l'incision avec curage. Mais si l'altération est due à une infiltration tuberculeuse de l'os, attaquer seulement celui-ci serait insuffisant. En effet, l'os n'est pas le siège unique de cette infiltration, qui s'étend aussi à la paroi de l'abcès et aux tissus en contiguité avec elle (Lannelongue); il est donc de toute nécessité de recourir, dans le cas particulier, aux procédés indiqués précédemment, c'est-à-dire à l'incision avec curage, qui détruit à la fois la lésion osseuse et la poche en voie de dégénérescence. Cependant, dans les variétés d'abcès qu'il appelle imparfaitement accessibles, Augagneur se borne, surtout si l'état général est mauvais, à pratiquer la simple incision de Lister, et à introduire dans la cavité un tube à drainage sans y rien injecter. La préférence doit être accordée à la méthode de l'incision avec curage, puisqu'elle constitue le seul moyen efficace de modifier les parois de la poche; mais elle n'est pas toujours rigoureusement applicable, ainsi que le dit M. Weiss, et on peut être amené à y renoncer, dans la crainte de

compromettre les jours de son malade. En résumé, l'incision simple, ou avec curage, ont chacune des indications spéciales, qui varient suivant les cas ; on peut leur ajouter, dans certaines circonstances données, l'évidement des os (Sédillot), ou la résection des portions vertébrales atteintes (E. Boeckel). Enfin, l'immobilisation viendra aussi en aide au traitement local ; quant à l'état général, il sera susceptible d'indications appropriées.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS.

1° Le traitement des abcès par congestion, doit tout d'abord s'adresser aux causes locale et générale de l'affection.

2° Si le traitement palliatif ne produit aucun résultat, il faut pratiquer l'ouverture antiseptique des abcès à moins de contre indications fournies par l'état local et l'état général.

3° Le procédé opératoire consiste suivant les cas dans l'incision simple, l'incision avec grattage, évidement et même résection des parties altérées.

Vu :

Le Président de la thèse,

Nancy, le 3 août 1883.

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 3 août 1883.

Le Recteur,

M. MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Chlorures. — Leur dissémination dans l'économie. — Leur dosage dans l'urine.
- 2° PHYSIQUE. — Idée générale de la circulation au point de vue mécanique.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des convolvulacées. — Produits médicamenteux.
- 4° ANATOMIE. — Des bronches.
- 5° HISTOLOGIE. — Glandes en tube.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Des mouvements de rotation et de manège.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Fractures des côtes.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des symptômes secondaires de la syphilis.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De la dégénérescence athéromateuse.
- 10° THÉRAPEUTIQUE. — Traitement du favus.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Ligature du tronc brachio-céphalique.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Le levier obstétrical peut-il encore trouver des indications?
- 13° HYGIÈNE. — Influence de l'air comprimé sur la circulation sanguine.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — Des substances abortives.

